

ZEITSCHRIFT FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG

ORGAN FÜR PRAKTISCHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON DEM

ZENTRALKOMITEE FÜR DAS ÄRZTLICHE FORTBILDUNGSWESEN IN PREUSSEN UND DEN IM REICHSAUSSCHUSS ZUSAMMENGESCHLOSSENEN KOMITEES UND VEREINIGUNGEN



SCHRIFTLEITUNG:
PROFESSOR Dr. C. ADAM, BERLIN
NW 6, Luisenplatz 2—4

VERLAG:
GUSTAV FISCHER IN JENA

Nummer **16** | Freitag, den 15. August 1930 | **27.** Jahrgang

Inhalt.

Z. ärztl. Fortbildg. 27. Jahrg. | Nr. 16 | S 513—544. Jena. 15. 8. 1930



Die „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung“ erscheint monatl. 2mal. Preis (durch alle Buchhandlungen und Postanstalten) vierteljährlich Rmk 4.—. Die Zustellungsgebühr beträgt für Deutschland, Oesterreich, Luxemburg, Memelgebiet 60 Pf., für das Ausland 90 Pf. / Die Mitglieder des Dtsch. Aerztevereinsbundes erhalten die Zeitschrift zum Vorzugspreis von vierteljährlich Rmk 3.40 gebührenfrei. / Studierende, Praktikanten und Hilfsärzte in nicht vollbezahlter Stellung erhalten die „Z. f. ä. F.“ zum ermäßigten Preise von vierteljährlich Rmk 2.70 gebührenfrei. / Für Zahlungen an den Verlag: Postscheck-Konto Erfurt 986, Haag 73041, Stockholm 4109, Zürich VIII 11055: Postsparkassen-Konto Wien 156780, Budapest 36646; Tschechoslowakei: Prag, Postsparkassen-Konto 501840 und Kreditanstalt der Deutschen (und deren Filialen). / Wenn Abbestellung nicht erfolgt, gilt der Bezug als erneuert.

Anzeigenannahme: Ala Anzeigen-Aktiengesellschaft in Interessengemeinschaft mit Haasenstein & Vogler A.G., Daube & Co. G. m. b. H., Berlin W 35, Potsdamer Straße 27 a, Tel. Kurfürst 7865—67, 7885—87, sowie deren sämtliche Zweigstellen und Vertretungen im In- u. Auslande. — Anzeigen: die 5 gespaltene, 36 mm breite Millimeterhöhe: Rmk 0.23. Rabatt nach Tarif.

Inhaltsverzeichnis der Referate:



Notizen.

Automobilunfälle in Amerika und Deutschland. In den Vereinigten Staaten von Nordamerika sind nach den neuesten Zeitungsmeldungen im Jahre 1928 durch Kraftwagenunfälle 23765 Menschen tödlich verunglückt, dazu kommen noch 2583, die durch Zusammenstoß zwischen Autos und Straßen- oder Eisenbahnen verunglückten, also zusammen 26348 Todesfälle. — In Deutschland sind dagegen nur 4963 Menschen durch Kraftwagenunfälle ums Leben gekommen. Berechnet man diese Zahlen auf die Einwohnerzahl, so ergibt sich: auf je 100000 Einwohner von USA. entfielen durchschnittlich 20,8 tödliche Autounfälle. In Deutschland haben wir in Berlin die höchste prozentuale Unfallhäufigkeit mit 11,3 tödlichen Unfällen auf 100000 Einwohner. Der allgemeine Durchschnitt im ganzen Reich liegt aber weit unter 10 Todesfällen auf je 100000 Einwohner. — Scheinbar haben wir also allen Grund, uns über solchen Vergleich stolz zu freuen. Aber nur scheinbar! Denn die Sache bekommt ein ganz anderes Gesicht, wenn wir die Zahl der Kraftwagen auf die Bevölkerungszahl berechnen. In Deutschland mit seinen rund 600000 Automobilen entfällt nämlich ein Kraftwagen auf je 111 Einwohner, in Amerika dagegen, das 24 Millionen Kraftwagen hat, kommt auf jeden fünften Einwohner ein Automobil! Wenn wir also rund ein Fünftel der amerikanischen Unfalltodeszahlen haben, obwohl Amerika die vierzigfache Zahl Kraftwagen und auf die Einwohnerzahl berechnet zweiundzwanzigmal mehr Autos hat, so ist der Stand unserer Unfalltodeszahlen beschämend hoch. In USA. kommen auf 1000 Kraftwagen nur 1,08 Todesfälle, in Deutschland aber entfallen 8,33 tödliche Unfälle auf je 1000 Autos! Das sollten wir nun als sehr ernste Mahnung für die Zukunft beherzigen! Alle Anzeichen sprechen dafür, daß die Automobilisierung Deutschlands Jahr um Jahr steigend unaufhaltsam amerikanischen Ausmaßen zustrebt. Von 1926 bis 1929 hat sich die Zahl der Kraftfahrzeuge verdoppelt! Behörden, Schule und Familie haben da Pflichten zu erfüllen, und sie sollten sich an der mustergültigen psychologischen Unfallbekämpfung der Berufsgenossenschaften ein Beispiel nehmen!

④ Zeitschrift für ärztliche Fortbildung

Unter ständiger Mitwirkung von

Prof. Dr. F. KRAUS, Geh. Med.-Rat, Berlin — Prof. Dr. F. MÜLLER, Geh. Hofrat, München — Geh. San.-Rat Dr. A. STAUDER, Vors. d. Dtsch. Ärztevereinsbundes

redigiert von

Prof. Dr. C. ADAM in Berlin

27. Jahrgang | Freitag, den 15. August 1930 | Nummer 16

Abhandlungen.

1. Die Angina und ihre Behandlung, Kritisches zur Tonsillektomie.

Von

A. Kuttner.

Wenn ein Praktiker, dem das eigene Beobachtungsmaterial zur selbständigen Urteilsfindung nicht genügt, den Versuch machen würde, seine persönlichen Erfahrungen über Erkrankungen der Tonsillen und ihre Behandlung aus Gesellschaftsberichten und Zeitschriften-Aufsätzen zu ergänzen, so könnte es ihm leicht so ergehen, wie jenem lernbegierigen Schüler im Faust, der das Ergebnis seiner Studien in den beweglichen Worten zusammenfaßt: „Mir wird von alledem so dumm, als ging mir ein Mühlrad im Kopfe herum." Wie soll er auch auf Grund dieser Mitteilungen zu einem eigenen Standpunkt kommen, wenn in ein und derselben Nummer einer Zeitschrift 2 Berichte zu lesen sind, jeder von angesehenen Autoren stammend und jeder die Erfahrungen eines großen, wissenschaftlich geleiteten Krankenhauses wiedergebend, die in ihren Anschauungen und Schlußfolgerungen weit voneinander abweichen? Wie soll er sich entscheiden, wenn bei einer Erörterung in einer Fachgesellschaft der eine Operateur die sorgsamste Unterbindung aller Gefäße zu dringendster Pflicht macht und der andere, ebenso Erfahrene, berichtet, daß er bei fast 300 Tonsillenektomien (T.E.) nie eine Unterbindung gemacht und doch niemals eine Nachblutung gesehen habe? Wenn von der einen Seite die T.E. als ein ganz harmloser Eingriff hingestellt wird, den man getrosten Mutes auch ambulant machen könne, während von der anderen Seite eine nicht ganz unerhebliche Anzahl von Todesfällen und schwerster Komplikationen nach der Operation gemeldet werden? Bei diesem Gegeneinander der Meinungen ist es vielleicht von Vorteil, all die hier auftauchenden Fragen einmal an der Hand eines umfangreichen, in Jahrzehnten gesammelten Materials zu besprechen, das einen Vergleich und ein Gegen-einander-abwägen der neuzeitlichen Anschauungen und Behandlungsmethoden mit den früher üblichen ermöglicht.

An erster Stelle zur Entscheidung steht die Frage: Welche Bedeutung kommt der Tonsille als Einfallspforte für Infektionskeime zu?

Bis vor nicht allzu langer Zeit galt es für ausgemacht, daß jede akute Angina eine Primärerkrankung ist, daß sie die örtliche Manifestation der in das Tonsillargewebe eingedrungenen Infektionskeime darstellt, und daß diese von hier aus in entfernt liegende Organe verschleppt werden und diese in Mitleidenschaft ziehen. Daß es Sekundärerkrankungen der Tonsille bei Syphilis, Tuberkulose, nach Nasenoperationen usw. gibt, wußte man wohl, aber das änderte nichts an der prinzipiellen Einstellung zu der akut infektiösen Angina.

Neuerdings hat nun aber Fein darauf hingewiesen, daß es außer diesen als sekundär schon lange erkannten Anginen noch andere derselben Art gibt, bei denen die Infektionskeime an irgend einer anderen Stelle in die Schleimhaut der Luftwege, des Darmtraktus, des Urogenitalsystems eingedrungen sind und erst von hier aus oder von einer Zahn- oder Knochenerkrankung durch die Blut- oder Lymphbahnen in die Tonsillen verschleppt werden. Wie wohlberechtigt dieser Hinweis auf die anderen, früher wohl etwas vernachlässigten Einfallstellen war, wird drastisch genug beleuchtet durch die Erfahrung, daß nicht eben selten Patienten, die durch eine wohlgelungene T.E. von ihren früheren rezidivierenden Anginen und Peritonsillitiden befreit wurden, nun desto öfter von Entzündungen im Rachen, dem Kehlkopf oder den Bronchien heimgesucht werden, öfter wohl als der Operateur selbst erfährt. Aber so zweifelsohne diese Tatsache auch ist und so wichtig ihre Beachtung für Pathogenese und Therapie auch sein mag, es hieße doch über das Ziel hinausschießen, wollte man nun ihr gegenüber die Angriffsfläche der Tonsillen als nebensächlich einschätzen und ihnen, als Erklärung für ihre so auffallend häufige Erkrankung, nur eine besondere Krankheitsbereitschaft zusprechen, die jedweden, irgendwo in den Körper eingedrungenen Krankheitserreger anzieht und durch örtliche Entzündungserscheinungen auf ihn reagiert. Trotz weitestgehender Anerkennung der Möglichkeit

sekundärer Anginen kann man sich doch nicht gegen die Tatsache verschließen, daß eine sehr große Zahl von Patienten durch lokale Behandlung der Tonsillen, die durchaus nicht immer eine T.E. sein muß, von ihren habituellen Anginen und den mit ihnen in ursächlichem Zusammenhang stehenden anderweitigen Erkrankungen dauernd geheilt wird.

Diese und andere klinische Beobachtungen lassen mich immer noch daran festhalten, daß die primäre Angina häufiger und wohl auch bedeutungsvoller ist als die sekundäre. Daß eine besondere Krankheitsbereitschaft dabei mitspielt, gebe ich gern zu. Wenn wir für diesen Begriff auch weder eine physiologisch noch pathologisch-substantielle Grundlage kennen, wir können ihn, zur Zeit wenigstens, noch nicht entbehren. Wie sollen wir sonst die Anfälligkeit gewisser Leute erklären, die bei jeder noch so geringfügigen Gelegenheitsursache immer wieder mit absoluter Sicherheit an Angina mit ihren Komplikationen erkranken, während ihre in dem gleichen Milieu lebenden Angehörigen zeitlebens womöglich anginafrei bleiben. Hier kommen wir ohne die Annahme einer konstitutionellen Anomalie nicht aus, sei es eine Anomalie der Gesamtkonstitution oder eine solche der Organkonstitution der Tonsille. Wie sehr diese beiden sich gegenseitig beeinflussen, zeigt die tägliche Erfahrung: Kräftigung des Gesamtorganismus bringt oft genug habituelle Anginen und ähnliche Infektionserkrankungen auch ohne jede örtliche Behandlung zum Verschwinden, und elende, ewig kränkelnde Kinder blühen meist nach einer Adeno- oder Tonsillomotie so auf, daß man sie 6 Monate später kaum wieder erkennt.

An Komplikationen bei Anginen habe ich gesehen: Rheumatismus der Muskeln und Gelenke, Nierenreizung, Endo- und Myokarditis, Pyämie mit und ohne Phlegmone, Septikämie. Auch Appendizitiden sollen durch akute Tonsillitiden ausgelöst werden können. Ich selbst habe solche Fälle nicht beobachtet, wohl aber habe ich akute Gichtanfälle nach Anginen und Peritonsillitiden wiederholentlich gesehen und einmal eine ganz akut einsetzende Entzündung der Gallenwege. Einer besonderen Erwähnung bedürfen die Fälle von monatelang vorhaltenden Temperatursteigerungen nach Anginen, Grippe oder anderen Infektionskrankheiten. Diese werden oft vom Internisten dem Halsarzt zugeführt, er solle die Mandeln entfernen, weil sonst am ganzen Körper keinerlei Ursache für die täglichen Temperatursteigerungen aufzufinden ist. Wenn bei solchen Kranken irgendwelche lokale Mandelerscheinungen nachzuweisen sind, dann liegt die Sache ja ganz einfach, des öfteren aber fehlen solche durchaus, und selbst durch Ausdrücken oder Aussaugen läßt sich keinerlei Zusammenhang zwischen Fieberbewegung und Mandelerkrankung ad oculus demonstrieren. Die Erfahrung hat aber doch gelehrt, daß auch in solchen Fällen, trotz lokal negativen Befundes, die Entfernung oder Behandlung der Mandel erfolgreich sein kann, nur darf man auf einen solchen Glücksfall durchaus nicht immer mit Sicherheit rechnen — es bleibt ein allzu großer Rest, bei dem auch nach der schönsten T.E. die Labilität der Temperatur unverändert weiter besteht. Bei dieser Lage der Dinge läßt sich eine Regel nicht aufstellen. Hier, wie so oft in ähnlichen kritischen Fällen, wird persönliche Erfahrung des Operateurs und sein Temperament die Entscheidung bringen. Zurückhaltung bei der Prognose ist aber jedenfalls immer geboten.

Zur Behandlung der Anginen stehen uns eine ganze Anzahl von wohl empfohlenen Verfahren zur Verfügung. Bevor man sich aber für die eine oder andere entscheidet, wird man sich Klarheit zu verschaffen suchen, ob eine primäre oder sekundäre Erkrankung der Tonsillen vorliegt. Bei sekundärer Erkrankung wird die Behandlung der Angina selbst nur eine symptomatische sein. Wenn aber ernste Komplikationen eintreten, so wird zu überlegen sein, ob sie vom Primärherd oder von der sekundär erkrankten Tonsille aus hervorgerufen sind. Wissen wir doch, daß Krankheitserreger aller Art von dem lymphatischen Gewebe des Rachens weit häufiger und folgenschwerer in die Blut- und Lymphbahn übergehen als von der Schleimhaut der Nase und ihrer Nebenhöhlen. von den Zähnen usw.

Um den Zusammenhang einer Nierenreizung, eines rezidivierenden Rheumatismus usw. mit einer Mandelaffektion sicherzustellen, bedarf es oft einer längeren, sorgsamen Beobachtung. Die „chronische Tonsillitis", die so häufig als Ursache dieser Erkrankungen angegeben wird, ist manchmal doch recht zweifelhaft: Hyperplasie ist keineswegs immer auf Entzündungsvorgänge zurückzuführen; Rötung und Schwellung können fehlen und fehlen oft genug; regionäre Drüsen können Überbleibsel früherer, zur Zeit abgelaufener Reizzustände sein. Größere Mengen flüssigen oder eingedickten Sekretes (Pfröpfe), kleine Retentionszysten und Abszesse sprechen zwar für einen Dauerreizzustand, der aber durchaus nicht jedesmal zu weitgehenden Folgen zu führen braucht. Ob die „fokalen Herde", die man neuerdings als anatomisches Substrat der Tonsillitis chronica beschrieben hat, wirklich in diesem Sinne zu deuten sind, wird durch weitere Untersuchungen festgestellt werden müssen. Für die Diagnose am Lebenden werden sie aber kaum nutzbar zu machen sein. So wird, wer sich nicht mit Vermutungen begnügen will, um eine klinische Beobachtung nicht herumkommen. Daß eine solche aber zu recht erfreulichen Erfolgen verhelfen kann, mögen ein paar Beispiele zeigen.

Unter den von Entzündungen des lymphatischen Rachenringes abhängigen Nierenerkrankungen befanden sich 2 Kollegenkinder, deren Väter den Urin täglich untersuchten. Bei jeder Angina waren die sonst geringen Eiweißmengen erheblich vermehrt. Es fanden sich Zylinder und rote Blutkörperchen, die sonst fehlten. Wenn es einmal

vorkam, daß diese Anzeichen eines erhöhten Reizzustandes gefunden wurden, ohne daß die Kinder über Halsschmerzen geklagt hatten, wurde immer retrospektiv aus dem Urinbefund die vorhergegangene, nicht beachtete Erkältung festgestellt. Beide Kinder wurden vollkommen und dauernd ausgeheilt; das eine durch Adenotomie, das andere durch einseitige Tonsillotomie.

Bei einer Metzgersfrau, die während der Wintermonate von einem Gelenkrheumatismusanfall in den anderen fiel, was sie auf den dauernden Aufenthalt in dem ungeheizten Laden mit seinen kalten Steinfließen zurückführte, wurde nach längerer Beobachtung durch den Hausarzt festgestellt, daß jeder Anfall mit einer oft sehr geringfügigen, manchmal ganz übersehenen Angina zusammenfiel. Durch Tonsillotomie wurde die Patientin dauernd ausgeheilt, obgleich sie immer weiter in ihrem Geschäft tätig ist.

Jede Erörterung und kritische Würdigung der uns zur Anginabehandlung zur Verfügung stehenden Methoden spitzt sich, wie die Dinge heutzutage nun einmal liegen, immer gleich zu derselben Frage zu: Wie ist im Vergleich mit den anderen therapeutischen Maßnahmen die Tonsillektomie zu bewerten? Sind ihre Erfolge so eindeutig und so überragend, daß ihre Ausführung in dem zur Zeit geübten Umfang und Ausmaß gerechtfertigt und wünschenswert ist?

Die T.E. ist noch nicht alt. Bis etwa vor einem Jahrzehnt standen uns für die örtliche Behandlung der Tonsillen nur zur Verfügung: Gurgelwässer, Pinselungen und Spülungen, Schlitzung und Galvanokaustik, Ausquetschen der Mandeln und die Tonsillotomie. Hierzu kamen in neuerer Zeit das Aussaugen der Sekretmassen, Röntgenbestrahlung, die Kaltkaustik und die T.E.

Von all' diesen Methoden ist die T.E. zweifelsohne die radikalste, da sie aber ebenso unzweifelhaft die eingreifendste ist, so ist zu überlegen, ob und wo sie durch mildere Verfahren ersetzt werden kann. Und da wird jeder auf eine längere Erfahrung zurückblickende Halsarzt bekennen, daß er auch vor der T.E.-Periode mit den früher üblichen Maßnahmen recht gute Erfolge zu verzeichnen hatte. Daß Gurgelwässer und Pinselungen nicht gerade sehr radikal wirken, wissen wir ja alle. Trotzdem machen wir doch immer wieder Gebrauch davon, nicht nur weil die Patienten es verlangen, sondern weil wir uns immerhin eine unterstützende Wirkung von ihnen versprechen, und ich glaube, daß nur wenige Kollegen, wenn sie selbst von einer Angina heimgesucht werden, darauf verzichten dürften. Schlitzungen mit darauffolgender galvanokaustischer Ätzung wurden früher viel geübt und hatten auch manchen guten und dauernden Erfolg aufzuweisen.

Einen Patienten, der alle paar Wochen an heftiger Angina erkrankte und bei dem mir jedes energischere Vorgehen wegen einer chronischen Nephritis mit extrem hohem Blutdruck und Bradykardie kontraindiziert schien, habe ich auf diese Weise in einigen Wochen so weit ausgeheilt, daß er bis zu seinem Tode, 15 Jahre lang, von jeder Angina verschont blieb[1]).

Aber es ist zuzugeben, daß der Erfolg dieser Behandlung nicht sehr sicher ist, selbst wenn man durch sorgfältige Nachbehandlung ein Wiederverkleben und -verwachsen der gespaltenen Gänge verhindert. Am besten eignet sie sich für die Fälle, wo mechanische Hindernisse eine Sekretverhaltung und im Anschluß daran eine Dauerreizung der Mandel bedingen.

Gründlicher und wirksamer ist die Tonsillotomie, der man in der Vorenukleationsperiode die besten und zahlreichsten Erfolge verdankte. Daß sie etwas in Mißkredit geraten ist, liegt meines Erachtens daran, daß sie allzu sehr mechanisiert und allzu wenig individualisiert wurde. Wenn man mit einem der in Gebrauch befindlichen Guillotinemesser ganz maschinenmäßig immer nur eine flache Oberflächenscheibe abträgt und $^{9}/_{10}$ des Tonsillargewebes stehen läßt, dann wird man allerdings kaum auf einen durchschlagenden Erfolg rechnen können. Wer aber die Tonsille mit einer guten Faßzange gehörig aus ihrer Bucht herauszieht und sie dann, den individuellen Verhältnissen sich anpassend, mit Messer oder Schlinge abträgt, der wird mit dem Erfolg zufrieden sein. Komplikationen sind, worauf noch zurückzukommen sein wird, auch bei gründlichster Tonsillotomie weit seltener und harmloser als bei der T.E. Infektionen habe ich danach nie gesehen; Blutungen kommen vor, sind aber seltener und leichter zu beherrschen, als bei der T.E.

Die Abtragung der Tonsille mittelst Kaltkaustik bietet den Vorteil, daß Blutungen in unmittelbarem Zusammenhang mit der Operation auszuschließen sind. Trotzdem ist man doch fast allgemein von ihr abgekommen, weil der langanhaltende Fötor des nekrotisierenden Gewebes für den Patienten und seine Umgebung nur schwer zu ertragen ist und weil sich wiederholentlich bei Abstoßung der Brandschorfe, viele Tage nach dem Eingriff, recht unangenehme Blutungen eingestellt haben, die nur schwer zu stillen waren, weil die Versorgung der blutenden Gefäße in dem morschen Gewebe mit erheblichen Schwierigkeiten verknüpft ist.

Von einigen Autoren wird berichtet, daß sie durch Röntgenstrahlen eine ausgiebige Schrumpfung und Verödung der Tonsillen erzielen konnten. Persönliche Erfahrungen über dieses Verfahren fehlen mir.

Das Ausspülen, Ausdrücken und Aussaugen des Mandelsekretes, das anfangs wohl nur zu diagnostischen Zwecken geübt wurde, hat sich in neuerer Zeit auch als selbständiges Heilverfahren

[1]) Die einzelnen Beobachtungen, die ich hier anführe, sind immer nur prägnante Beispiele aus einer großen Reihe gleichlautender, während einer langjährigen Praxis gesammelter Erfahrungen.

Anerkennung erworben. Es gibt doch noch eine ganz erhebliche Masse von Leuten, bei denen jeder blutige Eingriff kontraindiziert ist — Bluter, Nephritiker, Arteriosklerotiker usw. —, und nicht wenige, die sofort beim Eintritt ins Zimmer, noch ehe sie sich gesetzt haben, kategorisch erklären: „Operieren lasse ich mich nicht!“ In solchen Fällen hat man nun auf die eine oder andere Weise — ich ziehe das Aussaugen vor — eine systematische Reinigung der Tonsillen zu erreichen versucht, und dieser Versuch hat sich nach meinen Erfahrungen sehr gut gelohnt. Nachdem ich das systematische Aussaugen anfangs auch nur als Ersatz- und Aushilfsmittel benutzt habe, haben mich die über Erwarten günstigen Erfolge bewogen, meinen Patienten, abgesehen von besonders dringlichen Fällen, immer erst einen Versuch mit dieser Behandlung anzuraten; allerdings betone ich immer gleich, daß es sich nur um einen Versuch handelt, dem, wenn er nicht ausreicht, der chirurgische Eingriff folgen müßte. Je nach Bedarf habe ich in den ersten Wochen 2—3 mal die Mandel gereinigt, sehr schnell konnten gewöhnlich die Intervalle bis auf 4, 6, 8 Wochen und länger vergrößert werden. Ich habe auf diese Weise in den letzten 3—4 Jahren mehr als 50 Patienten behandelt und konnte die weit überwiegende Zahl auf Jahr und Tag von ihren früheren, mit mancherlei Komplikationen verknüpften Anginen befreien. Ich gebe zu, daß bei meinen Patienten, abgesehen von ihren habituellen Anginen und Peritonsillitiden, immer nur leichtere Komplikationen vorlagen, in wirklich ernsten Fällen rate auch ich zu sofortiger Operation, die ich auch mehrere Male später noch anschließen mußte — aber unter ihnen befand sich doch eine ganz erkleckliche Anzahl von Leuten, denen von anderer Seite die sofortige T.E. aufs dringlichste angeraten worden war und denen ich sie ersparen konnte. Ich habe außerdem den Eindruck gewonnen, daß durch die längere Zeit fortgesetzte systematische Reinigung der Mandel ihr chronischer Reizzustand behoben wurde, daß sie, wieder gesund geworden, eine bemerkenswerte Festigkeit gegen Infektionen gewonnen hat, und daß anderweitige Reizzustände, die nach der T.E. so häufig auftreten, bei dieser Behandlung nur äußerst selten vorkamen.

Welch energische Wirkung durch das Aussaugen erzielt werden kann, ersah ich bei einigen Fällen von akuter Angina. 3 mal gelang es mir bei ganz frischen Erkrankungen mit ausgesprochenen örtlichen und allgemeinen Erscheinungen durch energisches Aussaugen die Entzündung zu kupieren. Damit soll nun dieses Verfahren gewiß nicht als Allheilmittel gegen Anginen proklamiert werden, immerhin aber scheint es mir, angesichts meiner Erfolge, bei ganz frischen Fällen doch eines Versuches wert, aber nur das Aussaugen, das Ausdrücken bei akuten Infektionen halte ich für bedenklich, da die Keime nicht nur nach außen, sondern auch tiefer in das Gewebe hineingedrückt werden können.

All diesen Methoden gegenüber steht nun die T.E. Ich sehe in ihr eine unzweifelhafte Bereicherung unserer therapeutischen Möglichkeiten, weil sie die restlose Entfernung des Tonsillargewebes gewährleistet und damit alle von ihm ausgehenden Gefahren ausschaltet. Sie ist angezeigt bei wirklich schweren Erkrankungen, bei denen eine sofortige Hilfeleistung erforderlich ist, und bei den Fällen, bei denen die anderen Methoden versagt haben.

Die Bedingtheit dieser Indikationsstellung wird nun aber keineswegs allseitig anerkannt: Von den einen wird sie als zu eng begrenzt abgelehnt. Sie stehen auf dem Standpunkt, daß die T.E. als die gründlichste Methode zur Ausschaltung des schuldigen Infektionsherdes oder zur Vorbeugung späterer Infektionen bei jeder kranken oder anfälligen Mandel das einzige logischerweise in Betracht kommende Verfahren ist. Andere wieder bekennen sich programmatisch zwar zu den gleichen oder ähnlichen Richtlinien, ihre Praxis aber zeigt sie erheblich weitherziger. So ersteht in dem unbefangenen Beobachter, der die Zahl der Tonsillektomien von Jahr zu Jahr in so rapider Weise zunehmen sieht, der Eindruck, daß hier ein für gewisse Fälle segensreicher Eingriff zur Modeoperation zu werden droht, der infolge allzu dehnbarer Indikationsstellung gar bald gründlichst diskreditiert werden dürfte — ein Vorgang, der sich ja auch in anderen medizinischen Gebieten so oft und in so wenig erfreulicher Weise wiederholt hat.

Man bedenke doch immer, daß die T.E. ganz gewiß kein unbedeutender, harmloser Eingriff ist, schon formal nicht. Sie erfordert klinische Behandlung oder, wenn die Aufnahme in ein Krankenhaus unmöglich ist, im Hause des Patienten eine Versorgung, wie wir sie in einer Klinik fordern, d. h. regelmäßige Temperaturmessungen und Kontrollbesuche, die Gewähr für die nötige Pflege und Sauberkeit und die Bereitstellung umgehender und ausreichender Hilfe bei Eintritt von Komplikationen. Aber selbst wenn alle diese Bedingungen erfüllt scheinen, soll man sich doch darüber klar sein, daß gewisse Hilfeleistungen auch in einem komfortabel eingerichteten Haushalt erheblich schwieriger und wohl auch bedenklicher sind als in einer Klinik. Eine stärkere Nachblutung im Heim des Patienten durch Unterbindung oder Umstechung zum Stehen zu bringen, ohne geschulte Assistenz, bei mangelhafter Beleuchtung und fragwürdiger Asepsis, inmitten einer sehr erregten Umgebung ist gewiß eine viel schwierigere Aufgabe als die Durchführung der gleichen Maßnahmen in einem Krankenhaus, wo alles auf solche Zufälle eingerichtet ist. Weiter ist zu bedenken, daß die T.E. kostspieliger, schmerzhafter und angreifender ist als jedes andere Verfahren und eine wesentlich längere Rekonvaleszenz erfordert.

Das Resultat der T.E. ist in bezug auf die restlose Ausschaltung des Tonsillargewebes jeder

anderen Behandlungsmethode überlegen. Aber Radikaloperation bedeutet auch hier durchaus nicht immer Radikalheilung. Die Tonsillen sind doch, wenn auch meines Erachtens die häufigst benutzte, jedenfalls nicht die einzig gangbare Einfallspforte für Infektionskeime. Wie oft sieht man Tonsillektomierte, die nach best gelungener Operation nun zwar nicht mehr von Tonsillitiden, dafür aber um so häufiger von derben Entzündungen des Rachens, des Kehlkopfes oder der Bronchien heimgesucht werden. Es soll damit durchaus nicht in Abrede gestellt werden, daß recht viele Kranke durch die T.E. endgültig von ihren rezidivierenden Anginen und deren Komplikationen befreit werden, aber die Zahl derer, bei denen die Krankheitskeime nach der T.E. sich anderweits einnisten, ist doch wohl größer als der Operateur selbst erfährt. Ist es doch menschlich allzu erklärlich, daß der Patient, dessen Hoffnungen durch die Operation nicht restlos erfüllt wurden, kopfscheu wird und bei späteren Beschwerden anderweitig Hilfe sucht. Ich möchte ausdrücklich darauf hinweisen, daß mir dieser Übelstand bei anderen Behandlungsmethoden nicht annähernd in demselben Umfang aufgefallen ist. Diese immer wiederholte Erfahrung hat in mir die Überzeugung gefestigt, daß eine gesunde oder eine gesund gemachte Mandel dem Körper einen gewissen Schutz verleiht und daß, so wenig wir von ihrer physiologischen Bestimmung wissen und so schädlich eine kranke Mandel auch ist, eine gesunde doch vorteilhafter ist als gar keine.

Zu diesen Erwägungen kommt nun noch als erschwerender Umstand die Gefahr ernster Komplikationen bei und nach der T. E. Mag auch ihre Häufigkeit und vielleicht auch ihre Schwere mit der besseren Durchbildung des Operationsverfahrens abgenommen haben, auch berufsmäßige Optimisten werden zugestehen müssen, daß immer noch mehr als genug übrig geblieben sind.

Vergleicht man die Angaben verschiedenen Autoren, wobei immer nur die Berichte, denen ein größeres Material zugrundeliegt, gegenüber gestellt werden, und immer nur solche von wohl renommierten Operateuren, deren Technik und Zuverlässigkeit einwandsfrei und als gleichwertig angesehen werden dürfen, so fällt auf, wie sehr die Angaben über das Vorkommen von Komplikationen voneinander abweichen. Da fürchtet der eine schwere Nachblutungen, wenn nicht gleich während der Operationen alle sichtbar werdenden Gefäße sorgsamst unterbunden oder umstochen werden. Als Antwort darauf berichtet der andere, ebenso Erfahrene und ebenso Gewissenhafte, daß er 280 T.E. gemacht habe — bei diesen Großbetrieben handelt es sich meist um solch hohe Zahlen, — daß er nie ein Gefäß unterbunden und doch niemals eine Blutung erlebt habe. Infektiöse Nachkrankheiten, Embolien, Lungenabszesse usw. wurden in einigen wohl angesehenen Krankenhäusern in nicht unerheblicher Zahl beobachtet, andere hatten nicht einen einzigen derartigen Unglücksfall zu verzeichnen. Nimmt man hierzu noch die menschlich gewiß verständliche Neigung, über operative Mißerfolge stillschweigend hinwegzugehen — und wem sind nicht eine Anzahl solcher Unglücksfälle privatim bekannt geworden, die niemals publiziert wurden, — so wird jeder unbefangene, nicht voreingenommene Beobachter einstimmen, daß die T.E. ein ernster, nicht leicht zu nehmender Eingriff ist. Das legt doch aber jedem Operateur die Verpflichtung auf, in jedem Falle die Erfolg- und Gefahrenchance gewissenhaft gegeneinander abzuwägen. Wenn dem gegenüber einzelne Chirurgen immer wieder darauf hinweisen, daß ihnen bei großen Operationsserien niemals ein Unglück widerfahren ist, so mögen sie bedenken, daß andere Kollegen trotz anerkannter Umsicht und Geschicklichkeit eine nicht unerhebliche Anzahl schwerer Komplikationen erlebt haben, woraus wohl der Schluß zu ziehen sein dürfte, daß hier, mehr vielleicht als bei anderen chirurgischen Eingriffen, Glück und Zufall eine Rolle spielen. Muß man doch in einem Gebiet operieren, das weder vor der Operation aseptisch gemacht, noch nachher aseptisch gehalten werden kann. Keine noch so große Serie glücklich verlaufener Tonsillektiomien bietet dem Operateur die Gewähr, daß das Glück ihm immer treu bleibt. Um Mißverständnissen vorzubeugen, möchte ich bemerken, daß meine so stark betonten Bedenken nicht etwa einem auf eigene unliebsame Erfahrungen zurückzuführendem Pessimismus entsprungen sind: ich selbst habe bei den von mir ausgeführten Tonsillektomien — allerdings zählen sie nicht nach Hunderten, sondern nur nach Zehnern — nicht eine einzige ernste Komplikation gesehen — aber ich scheue den Neid der Götter!

Zusammenfassend möchte ich sagen: Ich sehe in der T.E. eine dankenswerte Bereicherung unserer Behandlungsmethoden, mittels deren man kranke Tonsillen restlos entfernen kann. Da sie aber einen ernsten, nicht gar zu selten von schweren Komplikationen begleiteten Eingriff darstellt, da ferner auch bei radikaler Ausschaltung der Tonsillen immer noch zahlreiche Einfallspforten übrig bleiben, durch welche Infektionskeime in den Organismus eindringen, so soll man bei allen nicht unbedingt dringlichen Fällen zuvörderst die anderen, weniger einschneidenden und sehr oft günstigen Erfolg zeitigenden örtlichen Behandlungsmethoden versuchen.

Ziel der Behandlung soll sein, die kranke Mandel wieder gesund zu machen. Nur wo das unmöglich ist oder augenblicklich drängende Umstände es erfordern, ist die Ausschälung angezeigt.

---

2. Differentialdiagnose der Milztumoren[1]).

Von

Prof. Dr. G. Rosenow in Berlin.

Die Entscheidung, ob ein Tumor im linken Hypochondrium die vergrößerte Milz ist, kann zuweilen schwierig sein. Nicht immer lassen sich durch die Palpation an dem vergrößerten Organ Merkmale feststellen, die es ohne weiteres als Milz kennzeichnen, wie der eingekerbte freie Rand. Die für die Milz charakteristische respiratorische Verschieblichkeit von links oben nach rechts unten kann namentlich bei großen Milztumoren ganz oder teilweise fehlen. Zu diagnostischen Schwierigkeiten können namentlich leicht die Geschwülste der linken Niere bzw. Nebenniere Veranlassung geben. Bei einem Kranken, den ich kürzlich beobachtete, war eine Zystenniere zunächst für einen Milztumor gehalten worden.

Bei diagnostischen Zweifeln stehen eine Reihe von Untersuchungsmethoden zur Verfügung, die zum Teil auch der Praktiker ausführen kann. Dahin gehört in erster Reihe die Aufblähung des Dickdarms mittels Darmrohr und Gummigebläse mit Luft und nachfolgender Perkussion. Während die Milz vor und über dem Kolon liegt, drängen die retroperitonealen Nebennieren- oder Nierentumoren das Kolon nach vorn bzw. medianwärts. Besteht die Möglichkeit, den Kranken vor den Röntgenschirm zu stellen, so sieht man nach einer solchen Darmaufblähung meist die Grenzen der Milz oder fraglicher Tumoren dieser Gegend, ebenso den unteren Leberrand sehr deutlich. Noch klarere Bilder gibt das Pneumoperitoneum, die Einblasung von Luft in die Peritonealhöhle. Man wird aber dieses für den Kranken immerhin etwas lästige Verfahren zur Differentialdiagnose zweifelhafter Milztumoren nur in Ausnahmefällen anwenden dürfen. — In manchen Fällen hilft die technich einfache Adrenalinprobe weiter. Sie beruht darauf, daß die Milz einige Minuten nach intramuskulärer Injektion von $^{3}/_{4}$—1 mg Suprarenin (also $^{3}/_{4}$—1 ccm der käuflichen Lösung 1:1000) deutlich kleiner wird, weil sich die glatte Muskulatur im Milzgewebe auf Adrenalin kontrahiert. Die Kontraktion kann natürlich nur eintreten, wenn keine zu starke Bindegewebsentwicklung in der Milz vorliegt, wie sie z. B. beim Morbus Banti vorhanden ist. Mit dieser Einschränkung ist aber die Probe zur Diagnose zweifelhafter Tumoren der Milzgegend zu empfehlen. Dagegen hat sich die Verfolgung des weißen Blutbildes vor und nach Injektion von Adrenalin praktisch nicht bewährt; die Blutbildveränderungen sind zu vieldeutig.

Schließlich darf bei Tumoren der Milzgegend nie vergessen werden, einen Blutausstrich zu machen und zu färben. Ganz eindeutige Ergebnisse erhält man dadurch allerdings nur, wenn der Tumor eine leukämische Milz ist. Für die Differentialdiagnose der meisten anderen Milztumoren genügt die morphologische Blutuntersuchung aber nicht. Deshalb sind auch die Versuche, auf Grund des Blutbefundes die einzelnen Arten der Splenomegalien zu trennen, nicht geglückt.

Manche Milztumoren — abgesehen von den leukämischen — gehen mit einer deutlichen Leukopenie und relativen Lymphozytose einher, so die Splenomegalien beim Morbus Banti und bei anderen hepato-lienalen Erkrankungen. Wichtige Aufschlüsse liefert hingegen das Blutbild bei denjenigen Milzvergrößerungen, die Ursache oder Folge eines abnormen Blutzerfalls sind, wie bei der perniziösen Anämie, manchen Blutgiftanämien und beim hämolytischen Ikterus. Beim hämolytischen Ikterus reicht allerdings die einfache morphologische Blutuntersuchung nicht aus; sie muß durch Untersuchung der Art des im Serum enthaltenen Bilirubins und durch die Resistenzbestimmung der Erythrozyten ergänzt werden.

Welche differentialdiagnostischen Erwägungen hat man nun anzustellen, wenn auf die eine oder andere Weise festgestellt ist, daß der Tumor im Bauch die vergrößerte Milz ist?

Am wenigsten braucht man zunächst an eine eigentliche Geschwulst der Milz zu denken, denn die echten Geschwülste der Milz — Sarkome, zystische Tumoren, die Angiokavernome — sind sehr selten. Der allgemein gebräuchliche Ausdruck „Milztumor" trifft also im üblichen pathologisch-anatomischen Sinn nicht zu. Besser spricht man von Splenomegalie. Auch den Milzechinokokkus wird man nicht häufig sehen. Man muß den Echinokokkus diagnostisch in Betracht ziehen, wenn eine unregelmäßige höckrige Milzgeschwulst und gleichzeitig eine hohe Bluteosinophilie vorhanden ist.

Liegt eine akute fieberhafte Erkrankung vor, so werden Milzvergrößerungen kaum je größere diagnostische Schwierigkeiten machen. Bei fast jeder Allgemeininfektion, nicht etwa nur beim Typhus, bei Sepsis, sondern sehr oft auch bei Pneumonie, Grippe, nicht selten auch bei einfacher Angina ist eine Milzschwellung nachzuweisen. — Sind endokardiale Geräusche vorhanden und ist gleichzeitig die Milz vergrößert, so liegt der Verdacht einer Endocarditis lenta sehr nahe, auch dann, wenn der Kranke zeitweise ganz fieberfrei ist. — Die Milztumoren bei akuten Infektionen sind gewöhnlich klein, so daß man den unteren Milzpol in rechter Seitenlage des Kranken nur eben tasten kann. Größere Tumoren bei Infektionskrankheiten sind, wie bekannt, der Malaria, der Febris recurrens und der in unseren Breiten kaum vorkommenden Kala-Azar eigen. Malaria und Recurrens sind im akuten Stadium durch ihren charakteristischen

[1]) Rundfunkvortrag.

Fieberverlauf und den Nachweis der Plasmodien bzw. Spirillen im Blutausstrich leicht erkennbar. Dagegen sind die nach durchgemachter Malaria und Recurrens zuweilen zurückbleibenden Milzvergrößerungen oft nur anamnestisch richtig zu deuten.

Von den nicht durch Infekte bedingten Milzvergrößerungen wird man die Amyloidmilz durch den Nachweis entsprechender Leber- und Nierenveränderungen und eines ursächlichen Moments für die Amyloidbildung —Tuberkulose, chronische Eiterungen — unschwer diagnostizieren können.

Praktisch von weit größerer Bedeutung ist die Erkennung von Splenomegalien als Folge einer Kreislaufstauung. Damit ist nicht die kleine derbe Stauungsmilz bei allgemeiner Kreislaufdekompensation gemeint, auch nicht der Milztumor bei der atrophischen Leberzirrhose, wenn er, wie gewöhnlich, klein ist. Man denke aber daran, daß es auch Leberzirrhosen mit sehr großen Milztumoren gibt. Diese splenomegalen Zirrhosen können mit schweren Anämien einhergehen.

Sehr kennzeichnend ist das Krankheitsbild der Pfortaderthrombose: Milztumor, Blutungen aus dem Magen- und Darmkanal und sich sehr rasch ansammelnder Aszites sind die Hauptmerkmale.

Große harte Milztumoren treten auch bei einer isolierten Stauung im venösen Abfluß der Milz auf, wie sie durch eine Thrombophlebitis der Milzvene zustande kommt. Das Syndrom Milztumor, Anämie, Blutungen aus Ösophagus und Darm muß an diese Erkrankung denken lassen, namentlich, wenn Gravidität, Puerperium, Lues, stumpfe Bauchtraumen vorhergegangen sind.

Wenig differentialdiagnostische Schwierigkeiten machen gewöhnlich die Milztumoren bei den verschiedenen Formen der Leukämie. Sehr große, derbe, glatte Tumoren, die nicht selten bis ins kleine Becken hinabreichen, findet man bei den myeloischen Leukämien. Bei den lymphatischen Leukämien ist die Milz meist nicht so stark vergrößert; hier ist in erster Linie die allgemeine Vergrößerung der Lymphknoten wegweisend für die Diagnose. Entscheidend ist natürlich für die Diagnose Leukämie der Blutbefund, der hier im einzelnen nicht besprochen werden soll. Betont werden muß aber, daß das Fehlen grob leukämischer Blutveränderungen nicht unbedingt gegen einen leukämischen Prozeß spricht. Bekanntlich gibt es Erkrankungen, die anatomisch in ihrem Verlauf, in ihrer Prognose, ganz den Leukämien gleichen, nur mit dem Unterschied, daß sie dauernd oder zeitweise ohne ausgesprochenes leukämisches Blutbild verlaufen. Man bezeichnet sie heute als Aleukämien und unterscheidet eine lymphatische und eine myeloische Form der Aleukämie. Es ist verständlich, daß namentlich die myeloische Aleukämie, auch aleukämische Myelose genannt, bei der klinisch zunächst nur der große harte Milztumor imponiert, leicht verkannt wird. Bei dieser seltenen Erkrankung findet man zuweilen zwar leichte Anklänge an die myeloische Leukämie im Blutbild, bei anderen fehlen aber auch diese. In solchen Fällen kann man zu einer sicheren Diagnose nur durch die Entnahme einiger Tropfen Milzgewebe mittels der Milzpunktion kommen. Der Praktiker wird aber meines Erachtens diesen Eingriff besser den auf diesem Gebiet Geübten überlassen. Im Punktat der Milz sieht man bei der myeloischen Aleukämie zahlreiche myeloische Zellen, womit die myeloische Metaplasie der Milz bewiesen ist. — Die lymphatische Aleukämie macht geringere diagnostische Schwierigkeiten, einmal, weil im Blut meist eine relative Lymphozytose vorhanden ist und, weil die Schwellung der Lymphknoten ähnlich wie bei der lymphatischen Leukämie die Diagnose erleichtert.

Häufiger und praktisch wichtiger ist der Milztumor bei der Lymphogranulomatose, der sogenannten Hodgkinschen Krankheit. Meist ist er nicht groß und tritt in dem Krankheitsbild dieses Leidens mit den charakteristischen paketförmigen Schwellungen einzelner Lymphdrüsengruppen nur wenig hervor. Es gibt aber auch Formen der Lymphogranulomatose, bei denen äußere Drüsenschwellungen ganz fehlen und nur ein mehr oder minder großer isolierter Milztumor vorhanden ist. Diese splenomegalen Lymphogranulomatosen können zu mannigfachen differentialdiagnostischen Erwägungen Veranlassung geben. Gelegentlich sind sie mit typhösen Erkrankungen verwechselt worden, weil die Kranken mit Lymphogranulomatose oft fiebern und eine positive Diazoreaktion im Urin haben. Hat man Gelegenheit, den Kranken längere Zeit zu beobachten, so wird man oft allerdings schon aus dem charakteristischen Temperaturverlauf — fieberlose Perioden wechseln mit hochfieberhaften ab — die Vermutungsdiagnose, Lymphogranulomatose stellen können. Im Blut findet sich bei der Lymphogranulomatose gewöhnlich eine ausgesprochene polymorphkernige Leukozytose, ein wichtiges Merkmal gegenüber dem Typhus, für den ja die Leukopenie mit relativer Lymphyzytose kennzeichnend ist. Auch bei der Überfunktion des erythropoetischen Systems wie sie bei der Polyzythämie vorliegt, ist die Milz häufig vergrößert. Die Rötung der Haut und Schleimhäute lenkt gewöhnlich sofort den Verdacht auf die Erkrankung, die natürlich erst dann mit Sicherheit diagnostiziert werden kann, wenn die Blutuntersuchung abnorm hohe Zahlen für Hb. und Erythrozyten ergibt. — Milztumor und Polyzythämie können in seltenen Fällen auch Symptome einer primären isolierten Milztuberkulose sein. Bei einem Kranken, den ich beobachtete, war die Abgrenzung gegenüber der gewöhnlichen Polyzythämie durch die Tuberkulinreaktion möglich, die eine lokale Re-

aktion in Form von Schwellung und Schmerzhaftigkeit des Milztumors ergab.

Stets denke man bei isolierten Milztumoren, für die sonst keine Ursache zu finden ist, an Lues, und mache die Wassermannsche Reaktion; die luetischen Milztumoren reagieren gut auf spezifische Therapie. So sah ich vor kurzem auf meiner Krankenabteilung eine jüngere Frau mit tertiärer Lues, schwerer Anämie und starker Vergrößerung der Leber und Milz. Der Leber- und Milztumor wurde auf energische Salvarsanbehandlung erheblich kleiner, die Anämie besserte sich. — Eine auffallende Neigung besteht unter den Praktikern, bei einem großen Milztumor nicht leukämischer Natur, eine Bantische Krankheit zu diagnostizieren. Es ist aber zu bedenken, daß es eine Erkrankung mit den anatomischen Merkmalen, die Banti seinerzeit gefunden hatte, in unseren Breiten gar nicht gibt. Klinisch unterscheidet man bei der echten Bantischen Krankheit drei Stadien: Im ersten Stadium, das mehrere Jahre dauert, entsteht allmählich ein großer, derber glatter Milztumor und eine mäßige Anämie, im zweiten tritt allmählich ein leichter Ikterus und eine Lebervergrößerung hinzu, während das dritte Stadium durch die Entwicklung einer atrophischen Leberzirrhose, also mit Aszites, Neigung zu Blutungen aus dem Magen-Darmkanal gekennzeichnet ist. Die rechtzeitige Diagnose der Bantischen Splenomegalie ist deswegen so wichtig, weil die operative Entfernung der fibrös entarteten Milz in den ersten beiden Stadien die Erkrankung heilt. Nur bis zu einem gewissen Grade ist zur Diagnose eines Banti der Blutbefund verwertbar; meist besteht eine Leukopenie mit relativer Lymphozytose, zuweilen auch Monozytose. Allerdings findet sich ein ähnliches Blutbild auch bei anderen Milztumoren verschiedenster Ursache, so z. B. bei den „Pseudobantifällen“, wie die schon erwähnten splenomegalen Leberzirrhosen.

Praktisch sehr bedeutungsvoll ist die Deutung des Milztumors auch beim hämolytischen Ikterus, der sowohl familiär und angeboren, wie erworben und singulär vorkommen kann. Das Krankheitsbild kann hier nur gestreift werden. Die Kranken haben einen derben Milztumor sehr verschiedener Größe, sie sind leicht ikterisch und mehr oder minder anämisch. Oft leiden sie unter anfallsweisen Schmerzen in der Milzgegend. Solche „Milzkrisen“ gehen gewöhnlich mit Fieber, Verstärkung der Anämie bzw. Zunahme des Ikterus und Größenzunahme des Milztumors einher. Kennzeichnende diagnostische Merkmale finden sich im Blut, es sind aber weniger morphologische Abweichungen als Änderungen in der Struktur der Erythrozyten, die bei dieser konstitutionellen Erkrankung abnorm empfindlich gegen hypotonische Kochsalzlösungen sind. Das Bilirubin im Blutserum gibt die Diazoreaktion im Gegensatz zum Bilirubin beim Stauungsikterus indirekt und verzögert. Die Erkennung dieser Fälle ist deswegen ungemein wichtig, weil Milzexstirpation die Erkrankung heilt, die pathologische Hämolyse kommt durch die Entfernung der Milz zum Stillstand.

Auch bei anderen mit abnormer Hämolyse einhergehenden Erkrankungen, wie die perniziöse Anämie sieht man gelegentlich leichte Milzvergrößerungen; der Blutbefund wird hier stets unschwer die Sachlage klären.

Bei sehr großen ganz allmählich entstandenen Milztumoren wird man auch die seltene Gauchersche Splenomegalie differentialdiagnostisch in Erwägung ziehen müssen. Diese familiär auftretende Erkrankung geht mit einer eigentümlich ockergelben Gesichtsverfärbung einher. Das Leiden macht zunächst oft jahrelang bis auf den riesigen Milztumor und eine leichte Anämie keine wesentlichen Krankheitssymptome, später entwickelt sich nicht selten eine hämorrhagische Diathese. Anatomisch finden sich in der Milz, der Leber, den Lymphdrüsen und dem Knochenmark Nester eigentümlich großer blasiger Zellen, die dem retikulo-endothelialen System angehören und die Gauchersubstanz, das sogenannte Kerasin speichern. Besteht ein begründeter Verdacht auf Gauchersche Erkrankung — differential-diagnostisch kommt meist die Bantigruppe in Frage — so ist eine Milzpunktion indiziert. Mit dem Nachweis im Punktat der charakteristischen Zellen ist die Diagnose der Gaucherschen Splenomegalie gesichert. Statt der nicht ganz ungefährlichen Milzpunktion kann man beim Verdacht auf Morbus Gaucher auch eine Punktion des Knochenmarks ausführen, das, wie erwähnt, ebenfalls die Gaucherzellen enthält.

Schließlich seien ganz kurz noch einige Erkrankungen des Kindesalters erwähnt, bei denen größere Milztumoren vorhanden sind. Eine in den ersten Lebensmonaten auftretende schwere Erkrankung, die lipoidzellige Splenomegalie, auch Niemann-Picksche Krankheit genannt, geht mit großem Milztumor, Lebervergrößerung, sowie Drüsenschwellungen einher. Auch in diesen Fällen kann nur die anatomische Untersuchung, intra vitam durch Milzpunktion, durch den Nachweis der lipoidhaltigen Zellen Aufschluß geben.

Im Säuglings- und Kleinkindesalter ist es dann die Jacksch-Hayemsche Anämie (früher auch als Anaemie pseudoleucaemica infantum bezeichnet), bei der eine hochgradige Vergrößerung der Milz und eine schwere Anämie vorhanden ist. Meist handelt es sich um rachitische Kinder. Der Blutausstrich gestattet ohne weiteres bei dieser Erkrankung die Diagnose. Man findet unreife Erythrozyten, Normo- und Megaloblasten, Polychromasie, Anisozytose und Poikilozytose. Meist sieht man auch unreife weiße Zellen, gewöhnlich sogar Myelozyten. Es besteht also unzweifelhaft eine gewisse Ähnlichkeit im Blutbild mit der myeloischen Leukämie.

Urteile die Sie interessieren werden!

Lecithin-Perdynamin

ist zur **Kassenverordnung** in Groß-Berlin und von vielen Krankenkassen **zugelassen**

Geheimrat Univ.-Professor Dr. med. **Bendix:**

. . . „Wir besitzen in dem *Lecithin-Perdynamin* ein auch vom Kinde sehr gern genommenes, gut verträgliches Diätetikum in flüssiger Form.

Es hat sich *besonders bewährt* bei untergewichtigen Kindern. Es zeigt einen günstigen Einfluß auf Inappetenz. Es wird mit Nutzen bei blutarmen Kindern verwendet. Bei Nervenschwäche scheint es nicht ohne Bedeutung zu sein.“

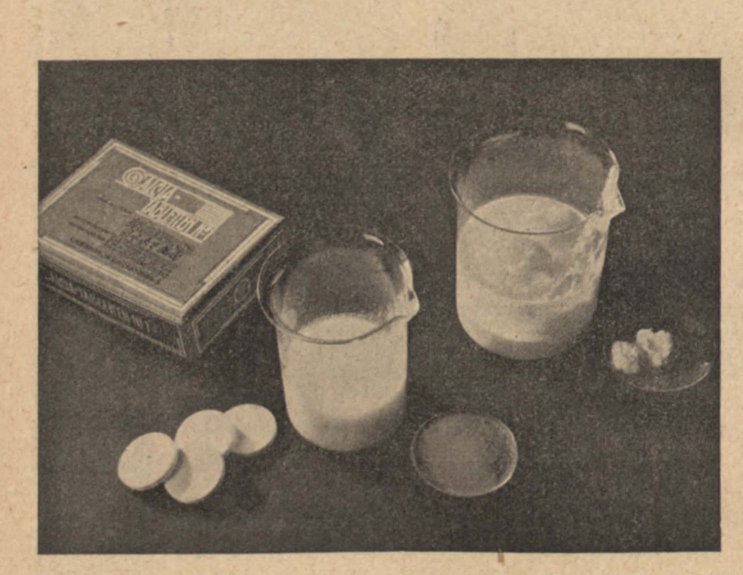
Hofrat Prof. Dr. **N. Ortner:**

. . . „Kommen uns solche Fälle zu häuslicher Behandlung unter, dann halte ich für ein *vorzügliches Präparat* das Lecithin-Perdynamin.“

Anwendungsweise: 3×täglich 1 Eßlöffel, am besten eine halbe Stunde vor den Mahlzeiten.

Chemische Fabrik Arthur Jaffé, Berlin.

Gefährdung der Säuglinge im Sommer



Flockung nach Magensaft-Einwirkung
Calcia-Milch, feinflockig-homogen — Kuhmilch, grobflockig-geschichtet

vermeidbar durch

Calcia-Milch

und

Calcia-Eiweiß-Milch

hergestellt mit den

Calcia-Tabletten

nach

Prof. Dr. L. Moll

Muster und Literatur durch



C.H. Boehringer Sohn A.-G., Hamburg 5

So weitgehend durch die kurz skizzierten Methoden auch die Differentialdiagnose der Milztumoren getrieben werden kann, so bleiben doch noch genügend unklare Fälle übrig. Oft ist ein Milztumor Resterscheinung einer früher durchgemachten Infektion, z. B. Malaria, Typhus, Cholangitis; auch nach linkseitiger Pleuritis findet man nicht selten noch jahrelang später kleine derbe Milztumoren, die durch perisplenitische Kapselverdickungen zu erklären sind.

Über die Behandlung der Milztumoren soll heute nicht gesprochen werden. Nur muß betont werden, daß die fast reflexartige Ideenverbindung — Milztumor-Röntgenbestrahlung — in vielen Fällen zu verhängnisvollen therapeutischen Irrtümern führen kann. Geeignet für eine Strahlenbehandlung sind lediglich die leukämischen Milztumoren. Zwecklos, unter Umständen schädlich, ist die Röntgenbestrahlung aber bei den fibrösen Milztumoren wie beim Banti und bei den bantiähnlichen Erkrankungen; ferner auch beim Morbus Gaucher und vielen anderen Milzvergrößerungen.

Für die Milzexstirpation kommt in erster Reihe die Bantische Krankheit und der hämolytische Ikterus in Frage.

Erst eine exakte Differentialdiagnose der Milztumoren weist also den richtigen Weg zu einer rationellen Therapie.

Zusammenfassende Aufsätze über den heutigen Stand der Medizin.

1. Bandwurmkuren.

Von

Prof. **Fürbringer** † in Berlin.

Der speziellen Behandlung dieses mir von der Redaktion dieser Zeitschrift gestellten Themas glaube ich unter Hinweis auf meine Abhandlung über Wurmkrankheiten in ihrem 17. Jahrgang (1920 Nr. 7) das Wichtigste in der Richtung der Pathogenese und Diagnose einschließlich der Symptomatologie in kurzer Zusammenfassung zum besseren Verständnis der Kuren voranschicken zu sollen. Eine Wiederholung so manches dem erfahrenen Arzte Geläufigen ist unvermeidlich.

Für den Praktiker kommt überragend die Taenia saginata s. mediocanellata, also der Rinderbandwurm in Betracht. Wesentlich seltener ist heutzutage in unserem Vaterlande Taenia solium, der Schweinebandwurm, der aber ob der unter Umständen unheilvollen, hier nicht zu erörternden Rolle seiner Finne, des Cysticercus cellulosae mit seinen Wanderungen in verschiedene innere Organe eine höhere Bedeutung als die für den Menschen ungefährlichere Saginata beansprucht. Während für die beiden genannten Tänien die Invasion den Genuß des infizierten, ungenügend gekochten, gebratenen oder geräucherten Rind- und Schweinefleisches zur Voraussetzung hat, handelt es sich bei dem an dritter Stelle zu nennenden, fast nur in unseren Ostseeprovinzen dem Arzte entgegentretenden Bothriocephalus latus, dem Grubenkopf, um die aus dem Genuß von Fischen erwachsende Gefahr. Die Embryonen dieser mit Recht Fischbandwurm benannten Cestode werden, was weniger bekannt geworden zu sein scheint, von Wasserkrebsen als Zwischenwirten aufgenommen, die ihrerseits von Fischen verschluckt werden. In den Eingeweiden und Muskeln dieser entwickeln sie sich zu Finnen, die im Darm des Menschen zu Tänien auswachsen. Von sonstigen Bandwürmern kann wegen ihres in Deutschland nur vereinzelten Vorkommens Abstand genommen werden.

Diagnostisch wichtig für den Praktiker ist in minderem Maße die Gestalt der Eier und Köpfe (Skoleces) der drei genannten Würmer[1]), als die der Glieder (Proglottiden). Die der Saginata pflegen in einzelnen Exemplaren, die der beiden anderen Tänien vorwiegend in Kettenform abzugehen. In ersterem Falle sind Verwechslungen mit Bindegewebsfragmenten als Speiseresten und kompakten Schleimfetzen seitens des Laien nicht allzu selten. Zur Unterscheidung der drei Arten presse man das Glied zwischen zwei Objektträger. Unschwer wird man im durchfallenden Licht bei der Saginata zahlreiche nur dichotomisch geteilte Fruchthalteräste erkennen. Die Soliumglieder weisen spärliche, aber reich baumartig verzweigte auf. Die Proglottiden des Grubenkopfes zeichnen sich durch größere Breite als Länge und rosettenähnlich angeordnete Äste aus. Abführmittel fördern den Abgang der Glieder.

Die klinischen Bilder anlangend herrscht noch keine völlige Klarheit. Sicher sind, vom Bothriozephalus abgesehen, die Fälle restloser Latenz nicht spärlich gesät. Ob Appetitmangel, gastrische Beschwerden und krankhaft launischer Stuhl stets auf den Darmbewohner bezogen werden darf, steht dahin. Koliken als Folge eines durch Einbohren der Chitinhaken der Taenia solium in die Darmschleimhaut bedingten

[1]) Ich habe die Eier in der genannten Abhandlung abgebildet. Man achte auf die dicke, radiär gestreifte Schale beim Rinder- und Schweinebandwurm und den Häkcheneinschluß beim letzteren sowie die besondere Größe des mit maulbeerähnlichen Dotterzellen angefüllten Bothriozephaluseis. Dieses findet sich meist massenhaft im Stuhl, während die spärlicheren Soliumeier nicht selten unentdeckt bleiben. Das Anreicherungsverfahren (Behandlung von Kotstückchen mit Wasser, Salzsäure und Äther, Zentrifugieren des Filtrats durch Mull) kann zu Erfolgen führen. Die Köpfe anlangend darf nicht unerwähnt bleiben, daß der die Taenia solium beweisende Hakenkranz infolge Abreißens von der Darmwand oder spontaner Loslösung nach dem Absterben des Tieres vermißt werden kann.

traumatischen Reizes dürfen nicht abgelehnt werden. Beachtung verdienen die bisweilen durch die Ausscheidung von Giften seitens der Helminthen und ihren Übergang in den Wirtskörper — fast alle Wurmkrankheiten bewirken Eosinophilie — herbeigeführten Störungen, wie Pupillenerweiterung, Speichelfluß, Parästhesien, Kopfschmerzen, Herzbeschwerden, Ernährungstiefstand. Selbst über jahrelanges Siechtum bei Trägern von Taenia solium ist berichtet worden. Die Heilung nach der erfolgreichen Kur bewies den ursächlichen Zusammenhang. Daß dieser Bandwurm und die Saginata „meist harmlos" wären und „kaum Beschwerden" verursachten, ist cum grano salis aufzufassen. Eine besondere Höhe kann die Vergiftung unter dem Bilde einer schweren, die perniziöse Form widerspiegelnden Anämie bei Trägern der Bothriozephaluskrankheit erreichen. Im übrigen darf nicht verschwiegen werden, daß der Beweis des Zusammenhangs allerhand übertrieben geklagter nervöser Symptome, selbst epileptischer und sonstiger Krampfzustände der Sicherheit entbehrt. Nur beiläufig sei endlich erwähnt, daß eine Mehrzahl von Tänien unter Umständen auf mechanischem Wege zum Darmverschluß mit Ileussymptomen zu führen vermag.

Über die selbstverständlichen klaren Bedingungen einer sicher wirksamen Prophylaxe in Gestalt der systematischen Beschränkung auf gründlich durchgekochtes, durchgebratenes, durchgeräuchertes Rind-, Schweine- und Fischfleisch braucht kein weiteres Wort verloren zu werden. Leider stößt die Erfüllbarkeit der strengen Forderung, sei es aus Nachlässigkeit sei es aus Unbeherrschtheit, auf ein zu großes Kontingent der Sterblichen, als daß eine ins Gewicht fallende Abnahme der Morbidität erreicht werden könnte.

Und nun zur speziellen Therapie. Wenn ich noch vor 10 Jahren zwar auf die häufigen Mißerfolge der Darreichung der in früheren Zeiten mit Vorliebe verordneten Granatrinde, Kosoblüten und Kamala verwiesen habe, gleichwohl aber für die Wirksamkeit ganz frischer Präparate sowie der Kürbiskerne eingetreten bin, so vermag ich ihre weitere Empfehlung trotz ihrer verhältnismäßig guten Verträglichkeit nicht mehr aufrecht zu erhalten. Sie sind auf den Aussterbeetat gesetzt und für die meisten Ärzte mit Recht durch das Extractum filicis maris verdrängt worden. Allein, es ist nichts weniger als ein harmloses Mittel. Es erzeugt mit bemerkenswerter Häufigkeit unter offenbarer Mitwirkung individueller Empfindlichkeit Erbrechen, Koliken, schwere Durchfälle, Schwindel und, wenn auch nur selten, Ikterus sowie, zumal bei Anämischen, selbst bis zur Blindheit gesteigerte Sehstörungen. Sogar tödliche Folgen sind berichtet worden. Ich erinnere an den von mir beobachteten älteren Herrn, der in die dringendste Lebensgefahr geraten war und den nur ein unglaublicher Aufwand von Stimulantien gerettet hatte. Also Vorsicht, höchste Vorsicht bei dekrepiden Greisen und Kindern! Die wirksame und toxische Dose liegen eng beieinander, und so kann der Segen sich leicht zum Fluch wandeln. Der Rat argen Schwächlingen gegenüber, die ihre Saginata ohne nennenswerte Beschwerden oder gar störungslos tragen, auf die eingreifende Kur überhaupt zu verzichten, verdient volle Beachtung. Anders bei der Taenia solium, deren nicht verzögerte Abtreibung ob der Zystizerkusgefahren durchaus geboten ist.

Eine überängstliche Verzettelung der Dosen geht, da es gilt, den Schmarotzer möglichst intensiv zu betäuben, fehl und um so mehr, als wir über ein Filixpräparat verfügen, das mit dem reinen Extrakt den widerlichen Geschmack und die Nebenwirkung nicht oder in minderem Maße teilt. Ich meine das öllösliche Filmaron (Aspidinolfilicin), das als 10 proz. Filmaronöl in den Handel kommt. Die mittlere Gabe des letzteren schwankt für Erwachsene von 7,0 bis 10,0; Maximaldose 20,0 (des reinen Extrakts 10,0). Empfehlenswert ist die Verabreichung des Mittels in Geloduratkapseln, die ob der Auflösung erst im Dünndarm den Magen schonen[1]).

Gar nicht hoch genug zu schätzen ist die den letzten Jahren angehörende, die lästigen Magenbeschwerden, besonders die Übelkeit vermeidende und meist die Wirksamkeit kleinerer Dosen gewährleistende Applikation des Medikaments mittels der Duodenalsonde. Sie erfreut sich einer geradezu einmütigen Empfehlung. Die Technik ist nicht so schwer, als daß sie nicht zum Gemeingut der Praktiker erklärt werden könnte, zumal die Peristaltik zum spontanen Eintritt des Endes in das Duodenum zu verhelfen pflegt. Man vergesse nicht, den Patienten sich auf die rechte Seite legen zu lassen und verliere nicht die Geduld. Kindern führt man bisweilen das Instrument vorteilhaft durch die Nase ein.

Man verzichte möglichst nicht auf eine Vorbereitungskur vor und vollends nicht auf eine Abführung nach der Einnahme des Hauptmittels. Es soll aber die erstere, für den Vortag bestimmte, nicht im Falle ausgeprägter Schwächlichkeit des Patienten zur Hungerkur ausarten, und hohe Grade der Resistenzverminderung fordern ihren Ausfall. Sie bezweckt, dem Para-

[1]) Nicht übergehen zu sollen glaube ich die Webersche „neue Bandwurmkur". Sie operiert mit der fertigen Packung „Taenural", einer Kombination von Filix und einer Oxural benannten Chenopodiumölemulsion. Gerühmt wird das Ausbleiben unerfreulicher Nebenwirkungen und das sichere Erscheinen des Wurms. Der begreifliche Wunsch nach Berichten über den Ausfall von Nachprüfungen ist, soweit ich die Literatur übersehe, bislang unerfüllt geblieben. — Im Ausland (Mayo-Klinik) wird eine mit einer Mischung von Oleoresina Aspidii und Acacia Catechu geübte Kur als Standardmethode proklamiert. Rizinusöl ob der Giftigkeit des Aspidium verboten.

siten die Lebensfrische zu benehmen und die Sicherheit der Hauptkur ob tunlichster Leerhaltung des Darmes zu erhöhen. Groß ist die Zahl der empirisch ausgeklügelten Bestandteile des knapp zu haltenden Menüs, das der und jener behandelnde Arzt zusammenzustellen beliebt. Im Vordergrunde stehen gesalzenes Fleisch (Heringe), saure gewürzte Salate, Sauerkraut, Zwiebeln, Knoblauch, Preißelbeeren, Suppen, Kaffee. Man wähle! Auch für das einige Stunden nach der letzten Dose des Medikaments zu verabreichende fast unentbehrliche, unter Umständen mit einem Einlauf zu verbindende Abführmittel zwecks Entfernung des vergifteten Schmarotzers steht eine reiche Auswahl zur Verfügung. Beliebt sind noch immer Kalomel, Jalappe, Bitterwasser und mit besonderem Recht das wenig angreifende, Sennes- und Schwefelwirkung vereinigende Kurellasche Pulver, des hier nicht aufzuzählenden Heeresaufgebots der mehr oder weniger wirkungsvollen modernen Laxantien nicht zu gedenken.

Die hohe Bedeutung erfreulicher restloser Heilung der bedenklichen anämischen Zustände der Bothriozephalusträger nach der Entfernung des Schmarotzers bedarf nicht besonderer Begründung.

Zu vermeiden ist ein von Unerfahrenen beliebtes Zerren an der aus dem After heraushängenden Gliederkette; denn der dünne Hals reißt mit dem Kopf allzu leicht durch. Eigentümlich macht sich der jüngste Vorschlag, zur Erhaltung des Kopfes in die zugänglichen Proglottiden Morphium zu injizieren. Ob der Erfolg „bombensicher“, bleibt abzuwarten. Das Vermissen des Kopfes beweist noch keinen Mißerfolg. Man warte mehrere Wochen mit einer etwaigen neuen gewaltsamen Behandlung ab.

Nach beendeter Kur gönne man dem erholungsbedürftigen Konvaleszenten für einige Tage Ruhe, Schonung und hochwertige Kost.

Im allgemeinen stößt die Abtreibung der Saginata auf größere Schwierigkeiten als die des Schweinebandwurms. Doch pflegt nach unserer Erfahrung der Unterschied nicht belangvoll zu sein. Kann auch die dem Arzte und Patienten auferlegte, unter Umständen an den Kampf mit den schweren Oxyuriasisfällen anklingende Mühewaltung nicht mit der spielend leichten Säuberung des Darmes von den Askariden verglichen werden, so zählen doch die Mißerfolge bei der nötigen Vorsicht und Energie zu den Ausnahmen. Möchten die hier gegebenen Richtlinien sie noch seltener gestalten!

---

2. Der Fluor genitalis des Weibes und seine Behandlung.

Von

Dr. **M. Penkert,**

Dirigierender Arzt der Frauenabteilung an der Kahlenbergstiftung Magdeburg.

(Schluß.)

Sehr alt ist in der Gynäkologie die Behandlung des Fluor genitalis oder vaginalis mit Tampons, d. h. mit Wattekugeln, die mit irgendeinem Medikament getränkt und dann mehr weniger lange Zeit in der Scheide liegengelassen werden. Am gebräuchlichsten waren und sind noch immer die Glyzerintampons, die ganz fraglos eine ausgezeichnete Wirkung auf die Scheidenschleimhaut ausüben. Ihre Bedeutung sehe ich darin, daß sie dadurch, daß das Glyzerin wasserentziehend auf die Schleimhaut wirkt, die Transsudation steigern, damit auch eine Hyperämie schaffen und so eine bessere Durchströmuug und Abscheidung irgendwelcher schädigender Substanzen der Scheidenschleimhaut bedingen. Daneben darf aber nicht übersehen werden, daß durch das bis zu 24stündige Liegenbleiben der Tampons ihrer Umgebung eine gewisse Stütze verliehen wird und sicher dadurch die entzündete Umgebung, Salpingitiden und Entzündungsprozesse an den Ovarien für längere Zeit ruhig gestellt werden. Man kann diese Beobachtung bei genauer Prüfung der von den Patientinnen angegebenen Beschwerden immer wieder einwandfrei machen! Wenn dem Tampon mit dem Glyzerin gleichzeitig noch irgendein Medikament beigegeben wird, so kann auch dieses dann noch fraglos von der Scheidenschleimhaut resorbiert und zur Wirkung gebracht werden. Ich kann hierin der Meinung Voigts absolut nicht beistimmen, der in einem neueren Aufsatz „Über Fortschritte in der konservativen gynäkologischen Therapie“ schreibt: Wir sind durchaus der Ansicht von Wattkins, „daß die Behandlung mit Scheidentampons nur noch historisches Interesse besitzt und als überwunden zu betrachten ist“. Jeder erfahrene Beobachter und Therapeut wird sich sehr oft von der ausgezeichneten Wirkung der Glyzerintampons, sei es mit oder ohne Medikament überzeugt haben und nicht ohne weiteres auf diese Empfehlung von Voigt hin ein so wichtiges Behandlungsmittel in der Sprechstunde ad acta legen, im Gegenteil ich halte die Tamponbehandlung noch immer für eine der wichtigsten Methoden in der Behandlung des Fluor genitalis in der Ambulanz. Doch darf dieselbe nicht wahllos den Patienten zur weiteren Selbstbehandlung überlassen und übergeben werden, sondern muß vom Arzt selbst ausgeführt werden, der allein nur imstande ist, den Tampon an den Ort der Wahl hinzulegen und zu applizieren. Da man heutzutage durch ausgedehnte Untersuchungen sich überzeugt hat, daß auf die Haut gebrachte Medika-

mente von dieser aufgenommen und resorbiert werden, so läßt sich nicht leugnen, daß auch von der Scheide eingebrachte Medikamente aufgenommen und an ihre Umgebung weitergegeben werden können (z. B. Allgemeine Sublimatvergiftungen durch Einlage von Sublimatpastillen in die Vagina!). Die früher und auch jetzt noch so gebräuchlichen Ichthyolglyzerintampons dienen ja wohl hauptsächlich zur Behandlung des Fluors bei gleichzeitigem Bestehen von Adnexentzündungen und Tumoren, zur Resorptionsbehandlung. Da wir in der Sprechstunde nicht nur den reinen essentiellen Fluor vaginalis zu behandeln haben, sondern alle möglichen Fluorarten, so läßt sich natürlich dafür auch kein Universalmittel schaffen, immerhin glaube ich aber doch, daß ein chronischer Fluor meist mit Erosionen der Portio u. a. m. vergesellschaftet, großenteils einer chronischen gonorrhoischen Infektion seine Entstehung verdankt, daß man zu seiner Behandlung noch des Zusatzes eines Medikamentes im Glyzerin bedarf. Ich habe daher schon seit langen Jahren mich bei der Behandlung des Fluors einer 5—10 proz. Protargolglyzerinmischung mit ausgezeichnetem Erfolge bedient. Ähnlich wie Nolte für die allgemeine Fluorbehandlung bei Schwangeren in Sublimatspülungen ein zufriedenstellendes Mittel gefunden zu haben glaubt, so habe ich schon lange diese Protargolglyzerinmischung allgemein bei Fluor genitalis angewandt. Lästig ist ja fraglos bei all diesen Behandlungen mit Glyzerintampons, daß durch die wasserentziehende Wirkung des Glyzerins, solange die Tampons liegen, eine vermehrte Durchfeuchtung in den Genitalien zu fühlen ist, daß der Ausfluß stärker bemerkbar und lästig empfunden, daß fernerhin auch über Beschmutzung der Wäsche usw. geklagt wird. Aber schließlich kann dem doch bis zu einem gewissen Grade durch Vorlegen einer aufsaugenden Binde oder dgl. vorgebeugt werden.

Von guter Wirkung sind auch 10 Proz. Sodaglyzerintamponaden besonders bei Fluor, der mit Trichomonadenbefunden einhergeht. Leider scheint gegen diesen harmlosen, immerhin bis zu einem gewissen Grade aber doch unangenehmen, und ein schaumig blasiges Sekret verursachenden Schmarotzer noch kein absolut sicher wirkendes Mittel gefunden zu sein und man muß sich wenigstens mit einer Besserung des lästigen Ausflusses bisher durch das angegebene Mittel begnügen.

Die Unzufriedenheit mit den Glyzerinscheidentampons führte auf den entgegengesetzten Weg, zur Austrocknung der Scheide mit austrocknenden Pulvern, mit Einblasung von allerlei die Feuchtigkeit der Scheide aufsaugenden Substanzen. Vorkämpfer dieser Methode war und ist noch heute Nassauer, der zuerst mit Boluseinblasungen die Scheide auszutrocknen versuchte. Man kann dem Pulver natürlich noch allerlei Zusätze geben, wie Arg. nitr. usw. Nach anfänglicher Besserung des Ausflusses durch die Trockenpulverbehandlung, wobei sich die Patienten über das Verschwinden des lästigen Feuchtigkeitsgefühls und des Fluors außerordentlich glücklich zunächst äußern, setzt jedoch sehr bald der alte Zustand wieder ein und der Erfolg ist meistens nur ein vorübergehender Scheinerfolg. Ich habe selbstverständlich anfangs diese neuartige Behandlung auch mit Begeisterung aufgenommen, bin aber wie so viele andere sehr bald wieder davon abgekommen, da sie mir keinerlei einwandsfreie, positive Ergebnisse zeitigte, trotzdem ich die Patienten immer selbst nach genauesten Vorschriften behandelte und nicht etwa ihnen den Pulverbläser zur weiteren Selbstbehandlung in die Hand gab.

Sehr eingebürgert hat sich wegen seiner Einfachheit vielerorts die Behandlung des Fluors mit Spuman, einem Präparat, das bei der Berührung mit dem Scheidensekret eine langanhaltende Schaummenge im Vaginalraum entwickelt, die infolge CO_2 Bildung unter leichtem Gasexpansionsdruck steht. Dadurch werden die im Schaum feinst verteilten Therapeutica Borsäure, Salizyl, Arg. nitr. usw. über die ganze Schleimhautfläche bis in die verstecktesten Winkel verbreitet und durch den erwähnten Gasdruck in engsten Konnex mit der Scheidenschleimhaut gebracht. Es werden dabei Spumanstyli in die Scheide eingeführt oder in die Zervix eingelegt, wobei in der ersten Woche täglich etwa 4 Styli, später weniger erforderlich sind (Köster-München). Die Erfolge werden von den verschiedensten Autoren sehr gerühmt und scheinen bei richtiger und längerer Behandlung gut zu sein.

Auf ähnlichen Gedanken beruht anscheinend auch die Behandlung mit „Vagintus", über das die Meinungen sehr geteilt sind. Mit Wasser in Berührung gebracht, soll es unter Entwicklung von CO_2 kolloidales Aluminiumhydroxyd abscheiden, dadurch ein besonderes Alkaliabsorptionsvermögen besitzen, wodurch dem Nährsubstrat der Bakterien das Alkali entzogen wird und die pathogenen Bakterien zugrunde gehen sollen. Es übt nebenbei noch eine adstringierende Wirkung aus (Schmitt-Würzburg). Das Verfahren ist einfach, es wird ca. 1 Teelöffel des Pulvers im Spekulum in die Vagina eingestreut und 1—3 Tage liegen gelassen, dann Puderung mit Borsäure, Wiederholung mit Vagintus nach 8 Tagen, nach 4—5 maliger Behandlung soll der Fluor bis auf ein Geringes verschwunden sein (Braun-Berlin). Von Lindemann und Rösch sind sehr gute Erfolge über Borsäurebehandlung des Scheidenflusses berichtet. Es werden zu diesem Zweck täglich, dann alle 2—3 Tage ca. $1/2$ g Borsäure im hinteren Scheidengewölbe deponiert. Die Behandlung erstreckt sich über 1—2 Wochen und war erfolgreich bei Vaginitis simplex, senilis, myotica und artificialis der verschiedensten Arten.

Zur einfacheren, auch zur häuslichen Selbstbehandlung sind nun noch die verschiedensten Vaginalkugeln und Kapseln im Gebrauch. Glyzeringelatine als Träger habe ich vor langen Jahren

bereits verwandt und mir vom Apotheker als Ersatz der Ichthyol- oder Protargolglyzerintampons herstellen lassen. Neuerdings wird eine Glyzeringelatine Tampovagan in den Handel gebracht mit einem Gehalt von 5 Proz. Milchsäure oder Tampovagan nutritivun, dem Milchzucker, 0,4 Proz. Gärungsmilchsäure, Glykogen und Nährsalz zugefügt ist. Es sollen damit in der Heilanstalt für Geschlechtskrankeiten Klosterneuburg bei Wien (Viktor Salke) bisher mit keinem anderen Mittel erzielte Erfolge erreicht sein, unterstützend kann man noch als Beigaben Choleval im Tampovagan geben, auch Argent. proteinic (Gonocid), Ichthyol, Jodjodkali und Chloralhydrat usw. Beim Tampovagan nutritivum soll vor allem die Wirkung der Milchsäure länger anhalten als bei den gewöhnlichen Milchsäurespülungen (Alexander).

Von der Trockenhefe und Enzymebehandlung versprach man sich eine Zeitlang große Erfolge, die aber leider nicht eingetroffen und daher diese Behandlung wieder der Vergessenheit haben anheimfallen lassen.

Es sind weiterhin Versuche angestellt worden mit den Antitoxin-Besradka von Köhler und Porges, vor allem beim sogenannten Reinheitsgrad 3.—4. Grades, wo sich meist Strepto- und Styphylokokken fanden. Leider haben sich bei diesen Untersuchungen keinerlei greifbare Resultate ergeben, so daß diese sogenannte spezifische Behandlung bald wieder aufgegeben wurde.

Es wären noch zu nennen die Salbenbehandlung der Scheidenkatarrhe mit der alten bewährten Schwarzsalbe (Arg. nitr. Bals. peruv. Lanolin und Vaselin, Hartog) weiterhin die Behandlung mit Granugenol und Granugenolkapseln, einem Mineralöl, das ähnlich dem Perubalsam nicht allein chemisch, sondern auch physikalisch Bakterien einhüllend sich betätigt und auch das Bindegewebswachstum anregende Bestandteile enthält. Das Granugenol ist daher auch sehr zu empfehlen bei gleichzeitigem Bestehen von Erosionen und geschwürigen Prozessen in der Scheide. Es ist besonders von Rost,. Stephan und Puppel empfohlen worden. Auch über ein Tonerdepräparat Ormizetten (Tabletten, die eingeführt werden, liegen vereinzelte günstige Erfahrungen vor (E. Th. Cohn-Berlin).

In der Dresdener Gynäkologischen Gesellschaft wurde Anfang Januar 1929 von Fischer über die Behandlung des Fluor vaginalis mit Sauerstoffschaum berichtet, einem physikalisch, feinblasigen Schaum, der aus Wasser, einem Schaumbildner und einem Gas (Luft, Sauerstoff oder Kohlensäure) gebildet wird, für gynäkologische Zwecke am besten Sauerstoff. Die physikalischchemische Wirkung ist am wichtigsten, der 10proz. Sauerstoff wirkt auf anaerobe und aerobe Scheidenbakterien (auf die aeroben infolge der erhöhten Sauerstoffspannung, unter welcher diese geschädigt bzw. abgetötet werden). Der Schaum hält sich in der Scheide 5—6 Stunden. Es wurde zunächst die Scheide mit Wasserstoffsuperoxyd, darauf mit 2 proz. Arg.-nitr.-Lösung gereinigt und dann erfolgte 2—3 Minuten Sauerstoffschaum-durchströmen lassen. Als Gegenindikation galten nur Zervikalkatarrh, Fluor bei Adnexerkrankungen und Erosionen; alle übrigen Formen des Fluors sollen sehr günstig beeinflußt sein mit der allerdings neuartigen, aber recht schwer durchführbaren Methode.

Die Mehrzahl der im vorangehenden erläuterten Behandlungsmethoden des Fluors genitalis waren eingestellt auf Reinigung der Scheide von dem ihr anhaftenden Sekret, auf desinfizierende und adstringierende Wirkung mit dem auf irgendeinem Träger eingeführten Medikament; es wurden Mittel angewandt, die den im Scheidensekret enthaltenen Elementen wesensfremd waren, den Mikrobismus und Chemismus des Scheidensekrets nicht gleichsinnig, sondern meist andersgeartet beeinflußten.

Auf wesentlich anderen Prinzipien und Grundlagen versuchte sich eine andere Therapie aufzubauen, die die Ursache des Fluor vaginalis im Mangel an Milchsäure- oder Milchsäurebazillen sah. Je nach dem Reinheitsgrade und auch aus sonst oben erwähnten Ursachen war der Säuretiter der Scheide verschieden. Von dem Gedanken ausgehend, daß fast nur bei dem 1. Reinheitsgrade normale Säure- und sonstige Verhältnisse in der Scheide vorhanden wären, versuchte P. Zweifel wohl als erster Spülungen der Scheide mit 5 proz. Milchsäure. Es sollte dadurch dem Scheidensekret mehr Milchsäure zugeführt werden und damit auch die Zusammensetzung dem normalen Säuretiter des Scheideninhalts wieder angenähert werden. Die Erfolge mit regelmäßigen Milchsäurespülungen waren fraglos gute und auch heute erfreuen sich die Milchsäurespülungen im Prinzip noch großer Verbreitung und Beliebtheit. Auch in der Schwangerschaft empfahl neuerdings wieder N. Cukor methodische Scheidenspülungen mit Milchsäure während der letzten Wochen der Schwangerschaft; sie können nach seinen Beobachtungen die Scheidenflora zu einer normalen gestalten infolge Vermehrung der Döderleinschen Milchsäurebazillen auf Kosten der pathogenen Keime. Durch diese Milchsäurespülungen bleibt die chemische Reaktion des Scheidensekrets ständig sauber und bildet einen ungünstigen Nährboden für pathologische Keime, erst nach dem Blasensprung wird ja die Reaktion alkalisch, sie ist aber — obwohl für pathogene Keime günstig — bei Anwesenheit der normalen Scheidenflora ohne Bedeutung. Wenn wirklich bei langer Austreibungszeit eine Vermehrung der pathogenen Keime in der Scheide eintritt oder durch schwerere größere geburtshilfliche Traumen der Eintritt erleichtert wird, so ist beobachtet, daß nach dem systematisch in den letzten Wochen der Schwangerschaft durchgeführten prophylaktischen Milchsäurespülungen, die eventuell eintretenden Wochenbettserkrankungen seltener sind und leichter verlaufen.

Einen neuen Weg beschritt vor mehreren Jahren Löser, der versuchte, Reinkulturen von Milchsäurebazillen in die erkrankte Scheide hineinzubringen und dadurch wieder eine normale Scheidenflora zu erzeugen. Nach anfänglichen guten und begeistert aufgenommenen Erfolgen stellte es sich jedoch heraus, daß entweder in dem Präparat Bazillosan, das er durch die chemische Fabrik Güstrow in Mecklenburg herstellen ließ, sehr wenig Bazillen vorhanden waren oder, daß diese sehr bald ihre Lebensfähigkeit eingebüßt hatten und sich nicht in der Scheide weiterentwickelten. Es wurde darauf versucht, unter ständiger Kontrolle stets frische Präparate herzustellen und diese als vollwertige Reinkulturen zu vertreiben. Leider hat auch dies Verfahren bald im Stich gelassen und ist allmählich nicht mehr recht zur Verwendung gekommen. Auch Th. Franz konnte nachweisen, daß Reinkulturen von Milchsäurebazillen allein in die Scheide gebracht, sehr schnell zugrunde gingen und keinen besonderen Einfluß auf die Heilung des Fluors ausüben konnten. Er ging deshalb dazu über gleichzeitig von außen her Kohlehydrate mit in die Scheide hereinzubringen und konnte damit therapeutische Erfolge erzielen. Von einer Milchzuckermischung mit Acid. tannic. 100 : 5—10 wurden 3—4 ccm in die Scheide eingebracht, außerdem nach 3—4 maligem Einbringen dieser Mischung noch Reinkulturen von Vaginalbazillen. Bazillen mit Acid. tannicum eingebracht, ergab vorübergehende Erfolge, in refraktären Fällen wurde bis 50 proz. Acid. tannicum mit eingeführt. Bei all diesen Versuchen hatte sich also herausgestellt, daß zwar eine günstige Beeinflussung des Fluor vaginalis durch die Milchsäurespülungen und Milchsäurebazilleneinführung in die veränderte Scheide zustande kam, daß jedoch der Erfolg nur ein ganz vorübergehender war und daß andererseits der Erfolg dadurch in Frage gestellt wurde, daß die Wirkung sowohl der Milchsäure als auch der Milchsäurebazillen zu kurz andauerte, um wirkliche durchgreifende Umstimmungen des Scheidensekrets zustande zu bringen. Naujoks und Behrens führten daraufhin die Behandlung des Fluor vaginalis mit Puffergemischen ein. Als solche wurden Gemische aus einer schwachen Säure mit einem ihrer Salze bezeichnet, die die Eigenschaft haben, daß dann, wenn der gering dissoziierte, als Säure wirkende Anteil entfernt wird — im vorliegenden Fall infolge der Neutralisation durch das alkalischere Scheidensekret — für eine entsprechend weitere Menge der Säure die Möglichkeit der Dissoziation gegeben wird. Damit ist für längere Zeit ein Gleichbleiben der aktuellen Azidität der Lösung gesichert, die Lösung ist gut „gepuffert". Das Wesentlichste bei der Methode ist, die Möglichkeit große Säuremengen in die Scheide zu bringen, ohne daß der Säuregrad jemals von dem Normalen abweicht. Es wurde daher von den Autoren Milchsäure mit Natriumlaktat im molaren Verhalten 2 : 1 als Normolaktol herausgefunden und von Böhringer-Söhne-Ingelheim in den Handel gebracht. Am 1. Tage wurde die Scheide trocken gewischt und mit einem in die konzentrierte Normolaktollösung getauchten Tupfer abgerieben und sorgfältig ausgetupft, am nächsten Tage, wenn keine Ätzung eingetreten war, nochmals wiederholt, in den nächsten Tagen wurde etwa 8 Tage lang eine etwa 3—4 mal verdünnte Lösung angewandt, eventuell wurde das Verfahren nach einigen Wochen wiederholt. Auch Schmechel konnte gleiche Beobachtungen damit machen. Die Pufferlösung ermöglichte auch nach seinen Versuchen ein Hineinbringen von größeren Säuremengen, sie war widerstandsfähiger gegen die Bindung durch die alkalischen Valenzen des Fluors. Bei geeigneter Auswahl der Fälle fand auch er nach 8—14 tägiger Behandlung ein Zurücktreten der Mischflora und einen stärkeren Säuregrad. Besonders geeignet sind nach den Erfahrungen der genannten Autoren Fälle von rein vaginalem Fluor mit niedrigem Säuregrad ($p^H = 5—6$) und Reinheitsgrad III, bei leichter und mittelschwerer Entzündung der Vaginalwand.

Neuerdings wird auch das Normolaktol in Tablettenform in den Handel gebracht, einer Form, die sich in der ambulanten Praxis und zur Weiterbehandlung nach erfolgreicher Besserung durch die Pat. selbst recht gut verwenden läßt. Nach meinen eigenen ausgedehnten Erfahrungen halte ich jedenfalls das Normolaktol ebenfalls für eine wesentliche Bereicherung unserer Mittel im Kampfe gegen den einfachen vaginalen Fluor und kann es nur empfehlen.

Es wäre nun noch näher auf die Behandlung des sog. essentiellen Fluors einzugehen, der ja am meisten vorkommt und eigentlich mit den bisher beschriebenen Behandlungsmethoden schwer anzugehen ist. Es sind das die Formen vaginaler Hypersekretion, welchen eine Colpitis hypersecretoria zugrunde liegt, die im Anschluß an die Beimischung von uterinem Fluor oder im Gefolge der durch Stoffwechselstörungen bedingten pathologischen Steigerung der vaginalen Transsudation entsteht, ferner die hypersekretorische Kolpitis, die von exogenen Reizfaktoren abhängt.

Während der wässerig-milchige Scheidenfluß, wie er bei der Virgo intakta oder der Deflorierten, die länger keinen Verkehr gehabt hat, bei normalen Scheidenwänden vorkommen kann und vorkommt, finden sich bei den übrigen Formen des essentiellen Fluors doch mehr oder weniger umfangreiche Schädigungen und Störungen im Scheidenwandepithel. Es sind auch hier zahlreiche verschiedenartige Bakterienarten und Eiterzellen vorhanden, während der Glykogengehalt der Scheidenepithelien überhaupt nicht oder nur unwesentlich verändert ist. Auch die Säureverhältnisse sind hierbei kaum oder überhaupt nicht verändert. Bei genauem Nachforschen und bei genauester Untersuchung aber wird man, wie das auch Menge betont bei all diesen Fluorformen immer Scheidenwandveränderungen — seien sie auch noch

so gering — finden können. Diese kleinen Epitheldefekte kommen nun durch die mannigfachsten Schädigungen zustande. Durch chronisch gonorrhoischen Ausfluß mit seinen im uterinen gonorrhoischen Exsudat enthaltenen bakterio-chemisch wirkenden Reizsubstanzen können die Scheidenwandepithelien zur Nekrose und Abstoßung gebracht und es können so paragonorrhoische Wandentzündungen provoziert werden. Man geht auch nicht fehl, wenn man dem Koitus derartige Wandepithelschädigungen zuschreibt, man bekommt doch sehr häufig in der Sprechstunde zu hören, daß der Fluor erst nach Aufnahme des Geschlechtsverkehrs sich eingestellt habe. Es ist ohne weiteres klar, daß beim Koitus nicht nur Verletzungen und Schädigungen der Scheidenwände vorkommen, sondern daß dabei auch Schädigungen und Verschmutzungen von außen hineingetragen werden, die dann weiter zersetzend auf den essentiellen Fluor wirken.

Beim essentiellen Fluor sieht man nun besonders bei Virgines und schwächlichen Frauen oft sehr gute Erfolge mit der Bäderbehandlung, mit einer Kur in Sol- und Mineralbädern, doch auch mit zu Hause improvisierten Vollbädern-Sitzbädern haben im allgemeinen wenig Zweck und Erfolg. Die Vorteile eines längeren Kuraufenthaltes bestehen vor allem auch in der längeren Abstinenz der Ehegatten, wodurch die dauernden und oft wiederholten Schädigungen vermieden werden, wie überhaupt während der Behandlung des essentiellen Fluors auch der Verkehr unterbleiben sollte. Die Hauptwirkung der Bäder ist in einer allgemeinen Stärkung und Kräftigung des Körpers zu sehen, die man nebenbei auch noch durch Sonnen- und Luftwirkung besonders im Hochgebirge und an der See verstärken kann, auch durch die künstliche Höhensonne kann in gleicher Weise der Stoffumsatz im Körper erhöht werden und so zur Heilung und Genesung führen. Nicht zu unterschätzen ist ferner der reichliche und längere Gebrauch von Kalk als milchsaurer oder phosphorsaurer Kalk in Dosen von 3—4 g täglich. Wenn man mit diesen allgemeinen therapeutischen Mitteln nun auch imstande ist bei Virgines oder Deflorierten, wenig im Geschlechtsverkehr stehenden Personen gute Heilresultate zu erzielen, so ist dies jedoch nicht in so ausgiebigem Maße möglich, wenn durch pathogene Keime und Eitererreger oder sonstige Beimengungen der weißliche Fluor in einen gelblichen verwandelt ist. Man muß hier versuchen die bakterio-chemisch gesetzten Wanddefekte auszuheilen und damit die Exsudatbildung zum Versiechen zu bringen. Dies Ziel ist nach Menge nur durch eine zwar schwache, aber doch ausgesprochene Ätzbehandlung der gesamten Scheidendecke mit gelösten Ätzsubstanzen zu erreichen. Alkalische Ätzmittel sind dazu nicht zu verwenden, da sie das Gewebe lockern und verflüssigen, unter dem Einfluß saurer Ätzlösungen dagegen wird eine gegen bakterio-chemische und mechanische Reize schützende Decke des verdichteten Gewebes, dem gleichzeitig Wasser entzogen wird, gebildet. Am besten eignen sich dazu wässerige Lösungen saurer Metallsalze, das Zincum chloratum, das Cuprum sulfuricum und vor allem das Argentum nitricum, nicht dagegen organische Silberverbindungen, welche von Eiweiß und Kochsalz nicht gefällt werden. Es kommt nicht auf die Vernichtung der Scheidenbakterien an, sondern auf die Ätzwirkung auf das Gewebe. So hat Menge schon vor etwa 20 Jahren das sogenannten „Lapisbad der Scheide" angegeben, das sich seither ausgezeichnet bewährt hat. Menge läßt hierbei mit einem schmalblättrigen Trélatspiegel, dessen Blatteile sich an den Enden leicht verbreitern, die zu behandelnde Scheidenwand und die Portio vaginalis freilegen, wobei man durch parallele und dann radiäre Spreizung alle Wandteile übersehen kann. Es werden dann mit einem großen gestielten, mit einer 2proz. Lapislösung tropfnaß getränkten Tupfer möglichst große Mengen der Lösung eingetragen, so daß die Portiooberfläche in einen Teich der Lösung eintaucht; durch drängende, nicht reibende Bewegungen des Stieltupfers läßt sich dann die Lapislösung mit allen Teilen der Scheide im Trélatspekulum in Kontakt bringen. Die Behandlung braucht bei den meisten Fällen von essentiellem Fluor vaginalis nur einmal ausgeführt zu werden, muß natürlich bei anderen etwas refraktäreren Fällen noch ein paarmal in Abständen von 8—14 Tagen wiederholt werden. In dieser Zeit werden Scheidenspülungen mit dünnem Chlorzink-, Kupfersulfat- oder Salzwasserlösungen gemacht, die dann mehr und mehr eingeschränkt werden und schließlich unterbleiben. Menge selbst ist, wie er in seinem Referat beschreibt, nach Durchprobieren aller möglichen Methoden stets reumütig zu seinem Lapisbad zurückgekehrt und hat damit meist die besten Erfolge aufzuweisen gehabt.

v. Jaschke hat 1928 eine Standardmethode zur Behandlung des vaginalen Fluors angegeben. Die Aufgabe jeder Behandlung des nicht spezifischen Fluors ist nach seiner Ansicht die Wiederherstellung normaler Beziehungen zwischen den drei das Krankheitsbild beherrschenden Faktoren: Scheidenwand, Flora, Säuregrad des Scheideninhalts. Jede Behandlung wird mit dem Mengeschen Lapisbad begonnen und in den folgenden 2—3 Tagen täglich 3—4mal mit $^1/_2$ proz. Milchsäurelösung gespült. Daneben werden große Kalzangaben (3mal täglich 2 Tabletten) verabfolgt, um eine normale Abdichtung der Kapillarendothelien gegen übermäßige Transsudationen zu erzielen. Bei sehr starkem Fluor wird eine 1malige Höhensonnenbestrahlung der Vagina mit dem Wintzschen Tubus durchgeführt. Nach Wiederherstellung normaler geweblicher Verhältnisse der Scheidenwand wird zur Umstellung der Scheidenflora mit Normolaktol (am besten $p^H = 3{,}7$) geschritten, da es eine langanhaltende Säuerung des Scheideninhalts mit konstantem Säuregehalt ge-

währleistet, zunächst an zwei hintereinander folgenden Tagen unverdünntes flüssiges Normolaktol als Scheidenbad, sodann wird die Pat. angewiesen, sich jeden 2. Tag eine Normolaktoltablette in die Scheide einzuführen, die Spülungen sind zu unterlassen. Die Erfolge waren nach v. Jaschke außer bei der Trichomonadenkolpitis so ausgezeichnete, daß diese Methode zur Standardbehandlung erhoben werden dürfte.

Im Gegensatz zur Behandlung des essentiellen Fluors steht die des spezifischen Fluors, der ja nicht in der Scheide im engeren Sinne entsteht, sondern durch Beimischung des erkrankten und spezifisch infizierten Zervixsekrets eine andere Beschaffenheit und Zusammensetzung zeigt. Somit wird in der Therapie auch das Hauptaugenmerk beim spezifischen Fluor auf die Behandlung der erkrankten und hypersekretorisch arbeitenden Zervix zu richten sein. Gewöhnlich sind es die Folgen einer chronisch gonorrhoischen Infektion, die sich an der Zervix in Gestalt eines zähen, gelblich-grünlichen Schleimpfropfes, eines dicken Schleimtropfens bemerkbar machen. Die Zervikaldrüsen sind spezifisch infiziert und produzieren nun eine größere Menge Schleim als sonst, der das Heranbringen von Medikamenten in die Buchten und Winkel des Halskanals außerordentlich erschwert und der Behandlung fast unüberwindbare Schwierigkeiten in den Weg legt. Es wird daher von vielen Seiten nicht eine direkte Behandlung der Zervix angestrebt, sondern ohne die Medikamente oder dgl. in die Zervix hineinzubringen durch Applikation derselben von der Scheide aus der Katarrh zu beeinflussen und zu heilen versucht. In erster Linie spielt natürlich auch hier wieder die Tamponbehandlung eine Rolle. Irgendein Medikament wird mit dem Träger Glyzerin zusammengebracht, Protargol in 10proz. Lösung, Argent. nitric. oder Ichthyol und man versucht durch die feuchtigkeitentziehende Wirkung des Glyzerins den Ausfluß und Schleim herauszubefördern und andererseits durch Aufsaugen des Medikaments von hier aus dann eine heilende Wirkung durch das Medikament zu erzielen. Meist kommt man damit nicht recht vorwärts und so ist man dazu übergegangen die Zervix direkt zu behandeln. Durch Ätzungen mit Chlorzink, Argent. nitr.-Protargol u. dgl. m. versucht man des Fluors Herr zu werden, man führt Stäbchen, die mit einem dieser Medikamente imprägniert sind und sich dann in der Zervix lösen sollen, ein, Protargolstäbchen, Gonostyli u. ä., ferner wird auch den schon oben erwähnten Spumanstyli mit Beimengung ähnlicher Medikamente eine recht günstige Wirkung zugeschrieben. Im Zervixschleim sollen durch die Abspaltung der Kohlensäure sich die Bestandteile lösen, die Buchten und Falten des Halskanals auseinandergetrieben werden und dadurch eine günstige Vorbereitung für die Ausbreitung des Mittels gegeben sein. Man kann sich vorstellen, daß diese Wirkung in der Tat eintritt und die mit den Spumanstyli erzielten Erfolge sind recht beachtenswert. Von Geller wurde Tierkohle in Form von Pulver oder Stäbchen in die erkrankte Zervix eingeführt, durch das starke Adsorptionsvermögen der Tierkohle wurde eine aussaugende, austrocknende Wirkung zu erzielen versucht, ähnlich seiner Behandlung der Abortfolgen und septischen Zustände des Endometriums. Weniger harmlos sind die Ätzbehandlungen, die auch auf die Gebärmutterhöhle beim Ätzen der Zervix ausgedehnt werden. Man muß sich vollkommen darüber klar sein, daß das Vortreiben von Instrumenten und Ätzmitteln über den inneren Muttermund zu schweren Schädigungen der Gebärmutterhöhle, der Tuben und des Abdomens führen kann. Durch sorgfältige Anamnese und Untersuchung muß man erst darüber ins Klare kommen, daß kein gonorrhoischer oder wenigstens kein infektiöser gonorrhoischer Fluor mehr vorhanden ist. Wie häufig erlebt man es in der Sprechstunde, daß von anderer Seite Ätzungen der Zervix und der Gebärmutterhöhle vorgenommen sind und daß dadurch die latente und schlummernde gonorrhoische Entzündung wieder aufgeflackert und nun zu einer aszendierenden Gonorrhöe des inneren Genitaltraktus geführt hat, daß dadurch dann zum Schaden der Pat. schwere Adnexerkrankungen, Pelveoperitonitiden usw. verursacht sind. Wie häufig kann man es auch selbst erleben, daß bei Aufnahme der Anamnese sowohl von seiten der Frau als auch des Ehemannes die gonorrhoische Infektion negiert und dann durch Ätzungen schwere Enttäuschungen nicht erspart bleiben. Es sollte deshalb die gleichzeitige Ätzung der Zervix und der Gebärmutterhöhle vermieden oder nur in äußersten Fällen angewandt werden!

Mit diesen Fluorerscheinungen ist oft auch eine Geschwürsbildung am äußeren Muttermund vergesellschaftet, die entweder nach bei der Geburt erfolgten Zervixrissen mit Lazerationen an der Portio verknüpft ist oder auch schon bisweilen bei Virgines beobachtet wird, die lange Zeit an Fluor vaginalis, cervicalis oder uterinus infolge von Bleichsucht, konstitutionellen oder anderen Krankheiten gelitten haben. Auch hier kommt man mit dem Lapisbad, mit Argentumätzungen weiter, hier wird man auch bei Virgines einmal gezwungen sein, ausnahmsweise behandeln zu müssen.

Mangels von Erfolgen mit medikamentöser Behandlung gab Engelhorn vor Jahren eine Bestrahlungslampe an, die in der Wirkung dem Sonnenlicht ähnlich sein sollte. Sie hat sich wohl wenig eingebürgert und auch ich habe bei langen Versuchen keinerlei Verbesserung unseres Behandlungsrüstzeuges in dieser Lampe erblicken können, obwohl ich damals die Versuche begeistert aufnahm und durchgeführt habe. Ein verhältnismäßig zuverlässiges Mittel in der Behandlung der Erosionen ist das Granugenol, von dem schon oben die Rede war, ebenfalls das Thiosept.

Manche Formen von Zervikalkatarrhen, be-

sonders diejenigen, die einen dicken zähen Schleimpropf in der Zervix zeigen, der sehr schwer zu entfernen ist, die spindel- und glockenförmigen Erweiterungen des Halsteiles trotzen all diesen bisher erwähnten Behandlungsmethoden. Der verengerte äußere Muttermund kann oft den Schleim nicht heraustreten lassen und so finden wir öfters, daß fast täglich irregulär, manchmal aber auch immer um die gleiche Tageszeit plötzlich dicke schleimig eitrige Sekretmassen aus der Scheide hervortreten. (Wahrscheinlich hängen diese besonders auffälligen Schleimabsonderungen mit der Fällung und Entleerung des Mastdarmes zusammen.) Es ist fast unmöglich, diesen Propf mit den bisher genannten Mitteln herauszubekommen. Versuche mit Einlegen von Orthizonstäbchen, Spumanstäbchen, die Wasserstoffsuperoxyd oder CO_2 entwickeln und abgeben, führten bei meinen Behandlungen nicht zum Ziele, vorübergehende Erfolge durch Einlegen dieser Stäbchen und nachfolgendes Einlegen von Choleval, Degalol oder Protargolstyli konnten verzeichnet werden, aber sehr bald kam das alte Leiden wieder zum Vorschein.

Ich habe mir nun bei diesem Zervikalfluor in letzter Zeit so geholfen, daß ich durch Auswischen mit watteumwickelten Playfairsonden mechanisch den Schleim zu entfernen suchte und erst dann, nachdem derselbe wirklich heraus war und die Zervixschleimhaut leicht zu bluten anfing, die gereinigte Zervix mehrmals hintereinander mit Argentum nitr. in 2—5 proz. Lösung ausgewischt. Auch habe ich lange Zeit die Saugbehandlung versucht, und zwar mit dem Elektroathmosapparat, der gleichzeitig als Druck- und Saugpumpe dient. Hier wurde die Saugvorrichtung ca. 5—10 Minuten angestellt und damit der Schleim herausgesaugt, gleichzeitig auch eine Stauung der Zervix vorgenommen, die entschieden neben der Saugbehandlung von großem Vorteil ist. Nach mehrmaliger Behandlung damit konnte ich des öfteren beobachten, daß der dicke Schleim eine dünnflüssigere Beschaffenheit annahm und nach längerer Behandlung auch die hartnäckigsten Fälle wesentlich gebessert oder sogar ausgeheilt wurden. Die Behandlung ist zwar etwas mühsam, doch lohnt bei diesen Fällen, die den behandelnden Arzt ebenso wie die Patienten fast zur Verzweiflung bringen können, der Versuch! Nach gründlichem Aussaugen des Zervikalschleimes ist es dann weiterhin angezeigt, die gereinigte Zervixhöhle noch mit einem Ätzmittel nachzubehandeln und hier scheint sich auch wieder von den sauren Metallsalzen das Argentum nitricum in 2—5 proz. Lösung am besten zu bewähren.

Schließlich möchte ich nicht unerwähnt lassen, daß beim chronischen Zervikalkatarrh, wo die Trockenbehandlung mit Bolus u. dgl. und mit Milchsäurebazillen vollkommen versagte, von Josef Novak für acht Stunden 50 mg Radium in den Zervikalkanal mit gutem Erfolg eingelegt wurden.

Die Hypersekretion mit Fluorsymptomen aus dem Uterus habe ich nebst ihren schleimig eitrigen Absonderungen bei essentiellem Fluor früher mit Chlorzinkätzungen behandelt, hierbei sah man aber oft kolikartige Beschwerden auftreten, so daß ich davon mehr und mehr zurückgekommen bin. Mehr empfehlenswert scheint mir hier die schon vor langer Zeit von Menge angegebene Formolätzung der Uterusschleimhaut entweder mit wässeriger oder alkoholischer 30—50 proz. Formollösung. Es ist erstaunlich, wie gut und schnell damit viele der essentiellen Genitalflüsse verschwinden. Nebenbei wird auch mit diesen Ätzungen eine gute Wirkung auf die durch Schleimhautwucherungen oder -schwellungen bedingten verstärkten Menses ausgeübt.

Von den von Holzbach angegebenen Pellidolstäbchen sah ich zuweilen gute Erfolge, öfters wurde nach ihrer Einführung jedoch in letzter Zeit über stark kolikartige Schmerzen geklagt, so daß ich sie nur bei weitem Halskanal anwende. Überhaupt sollte man möglichst vor jeder Ätzung und Einführung derartiger löslicher Stäbchen eine vorsichtige Dilatation der Zervix vornehmen!

Die früher so vielfach bei Ausfluß angewandte Kurettage des Uterus dürfte wohl heute, wie auch Menge mit Recht betonte, als verpönt gelten. Bei der Unsicherheit vieler Anamnesen und der Ursachen des uterinen Fluors unterläuft zu leicht ein Versehen und gerade durch die Ausschabung bei durch gonorrhoische Infektionen verursachtem Fluor ist schon sehr häufig mehr Unheil angerichtet worden als Nutzen gebracht. Die außerordentlich seltenen Fälle einer reinen Endometritis hyperplastica hypersekretoria sind allerdings meist nur mit einer Ausschabung zu bessern und zu heilen. Eine wahre Krux bildet die Endometritis senilis mit ihren mannigfachen Epitheldefekten der uterinen Mukosa und gelegentlicher Pyometrabildung. Während sie früher fast nur durch die vaginale oder abdominale Uterusexstirpation heilbar war, werden heutzutage nach Menge auch recht gute und leichte Erfolge erzielt durch Einlegen von ca. 100 mg Radiumbromid in langausgezogener Stabform auf 24 Stunden, wenn es in diesen Fällen überhaupt noch möglich ist, die Radium- oder Mesothoriumröhre in das Uteruskavum hineinzubringen. So ohne weiteres möchte ich jedoch diesem Verfahren nicht das Wort reden, da ich wiederholt nach von anderer Seite ausgeführten Mesothoriumbestrahlungen Strikturen oder Verschlüsse am inneren Muttermund mit sekundärer hochgradig entwickelter Pyometra und hohen Fieberattacken zu Gesicht bekommen habe, die ein schweres Leiden der betr. Frau darstellen und nicht immer günstig ausgehen.

Es bliebe schließlich etwas zu sagen über die Therapie des psychogenen Fluors. Schon oben habe ich angedeutet, daß dieses Problem, dieser Begriff noch nicht allgemein anerkannt wird und ist, daß sich aber doch die Stimmen für das Bestehen eines solchen mehren. Eine Lokalbehandlung ist selbstverständlich hier nicht von großem

Werte und am besten auch zu unterlassen, da man bei Frauen mit sehr labilem Nervensystem — und um solche handelt es sich meist bei den Trägerinnen des psychogenen Ausflusses — durch lokale Behandlung des Fluors seine geringe Bedeutung und Harmlosigkeit nur noch ungünstig beeinflussen kann und diese Patienten dann erst recht nicht zur Ruhe kommen. Wenn A. Mayer betont, daß solche psychogenen Ausflüsse als Hypersekretion aus Angstgefühl vor Krebsfurcht oder Ansteckung, durch Vorstellungen sexuellen Inhalts, infolge einer Minderwertigkeit bei Sterilität durch Abneigung gegen den Sexualverkehr oder auch durch Konflikte zwischen primitivem Sexualverkehr, Mutterschaftstrieb und Moral entstehen, so mag daran nicht zu zweifeln sein. Es muß hier doch dem vorsichtigen, in die Gedankenwelt seiner Patienten sich einfühlenden, jedes Anstößige vermeidenden, durch seine Persönlichkeit das Vertrauen seiner Klienten gewinnenden Arzte in den meisten Fällen gelingen, die Ursachen dieser anormalen Empfindungen herauszubekommen und durch den besonderen Umständen angepaßtes, gutes mehr oder weniger deutliches Zureden der Patientin das Verkehrte ihrer Vorstellung zu nehmen und sie günstig zu beeinflussen. Unter Psychotherapietreiben verstehe ich auch heute trotz des besonders klingenden Namens immer noch ein gutes Zureden und dadurch ein Wiederzusichselbst-Vertrauenbekommen. Jaschke sagt ganz richtig: Das heute so beliebte Herumschnüffeln in der Sexualpsyche ohne zwingenden Grund verwerfen wir! Es ist auch nichts unangenehmer, unleidlicher und abstoßender für eine neurolabile Frau, als einem taktlosen sog. Psychotherapeuten in die Hände zu fallen, der mehr Schaden als Nutzen stiften kann. Immerhin glaube ich doch, daß es einem gut geschulten Gynäkologen, der sich heutzutage auch mit allerlei psychischen und nervösen Störungen bei der Frau befassen und mehr beschäftigen muß, gelingen sollte, durch eine freie Aussprache mit seiner Patientin nicht durch eine Psychoanalyse im Sinne Freud's den richtigen Weg zur Aufklärung und Heilung zu finden, und daß es nur bei absolutem Versagen dieser Therapie nötig werden dürfte, einen besonderen Psychiater hinzuzuziehen!

Wenn ich hiermit meine Ausführungen über den Fluor genitalis, speziell auch den Fluor vaginalis schließe, so bin ich mir bewußt, nur einen ganz kurzen Abriß aus diesem Kapitel gegeben zu haben. Es ist unmöglich gewesen, hier in Kürze alle Behandlungsarten, die bisher beschrieben sind, auch nur annähernd zu streifen; daher mußte ich mich auf das Wesentlichste und in der Praxis am meisten Ausprobierte und Durchuntersuchte, auf das beschränken, was mir für den Praktiker am meisten der Rekapitulierung und Empfehlung wert erschien.

Der Fluor genitalis und vaginalis ist ein Symptom, das bei vielerlei allgemeinen, konstitutionellen Erkrankungen und Gesundheitsstörungen, bei mancherlei lokalen Erkrankungen verkommt, das also die allerverschiedensten Ursachen hat und die mannigfachsten Erscheinungen macht, infolgedessen auch in der Hauptsache kausal anzufassen ist. Eine auf Erfolg hinzielende Therapie kann nur unternommen werden nach gründlicher Erforschung der Ursachen des Fluors und seiner Zusammenhänge mit der näheren Umgebung und dem Gesamtkörper. Erst nach völliger Aufdeckung der Ursachen wird eine erfreuliche Behandlung einsetzen können und der Fluor aufhören für Arzt und Patientin eine Krux zu sein.

Anfragen aus dem Leserkreis.

Werden Restaurantküchen, Bäckereien, Lebensmittelgeschäfte unter hygienischen Gesichtspunkten kontrolliert?

Von

Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. **Spitta** in Berlin.

Die Gesichtspunkte, unter denen man die in der Frage benannten Gewerbebetriebe kontrollieren kann, sind verschieden. Das drückt sich schon in der verschiedenen Vorbildung aus, welche die für die Kontrolle herangezogenen oder heranzuziehenden Sachverständigen besitzen. In Betracht kommen Lebensmittelchemiker, Tierärzte[1]) und Medizinalpersonen (Hygieniker). Die Kontrolle selbst ist Aufgabe der Lebensmittelpolizei. Die Grundlage bildete bis zum 30. September 1927 das alte Gesetz, betreffend den Verkehr mit Nahrungsmitteln, Genußmitteln und Gebrauchsgegenständen vom 14. Mai 1879, seit dem 1. Oktober 1927 ist an seine Stelle das Gesetz über den Verkehr mit Lebensmitteln und Bedarfsgegenständen (Lebensmittelgesetz) vom 5. Juli 1927 (Reichsgesetzblatt I S. 134) getreten. Durch dieses Gesetz ist die Befugnis zur Beaufsichtigung des Lebensmittelverkehrs nach drei Richtungen hin erweitert worden. Es können jetzt nicht nur die Verkaufsräume, sondern (nach § 7 Abs. 1 Nr. 1) ohne weiteres auch die Herstellungs- und Lagerräume für Lebensmittel besichtigt werden, während nach den früheren Bestimmungen eine Revision der Herstellungs- und Lagerräume nur bei Personen ausgeübt werden durfte, die wegen Vergehen gegen das Nahrungsmittelgesetz zu einer Freiheitsstrafe verurteilt worden waren. Die Inhaber und Angestellten der Betriebe sind jetzt verpflichtet, den Beamten oder den Sach-

[1]) Vgl. z. B. Wundram: Die Berliner polizeiärztliche Lebensmittelkontrolle im Jahre 1928. Berl. tierärztl. Wschr. 1929, 638.

verständigen durch Auskünfte bei der Revision Hilfe zu leisten (§ 9). Die Zuständigkeit der Behörden und Beamten, die mit der Lebensmittelkontrolle betraut sind, richtet sich nach Landesrecht, und landesrechtliche Bestimmungen, die den Behörden weitergehende Befugnisse einräumen, bleiben durch das Lebensmittelgesetz (das heißt durch das Reichsgesetz) unberührt. Die Reichsregierung kann aber für den Vollzug des Gesetzes Grundsätze aufstellen, damit eine gewisse Einheitlichkeit gewahrt bleibt. Aus diesen Ausführungen ergibt sich ohne weiteres, daß der zeitgemäße Ausbau der Kontrolle, da er erst kürzlich eine neue Grundlage erhalten hat, noch im Werden ist. Wie nun tatsächlich und praktisch bisher in den einzelnen Ländern auf Grund der Landesbestimmungen die Kontrolle gehandhabt worden ist, das läßt sich mit wenigen Worten nicht ausführen, fest steht nur, daß dabei große Verschiedenheiten bestehen. Zu berücksichtigen ist dabei auch, daß keineswegs die entsprechenden Vorschriften immer für das ganze Land Geltung haben, sondern häufig nur für bestimmte Bezirke oder Städte. Für Berlin z. B. ist gültig die Polizeiverordnung des Polizeipräsidenten, betreffend den Verkehr mit Lebensmitteln vom 10. Dezember 1927 (Amtbl. S. 335), in der sich Vorschriften finden für die Ausgestaltung der Geschäftsräume, in denen Lebensmittel für andere gewonnen, zubereitet, aufbewahrt, verpackt, befördert, feilgehalten oder verkauft werden, ferner für die Behandlung der Nahrungs- und Genußmittel (Verhütung gesundheitsschädlicher oder ekelerregender Verunreinigungen der Lebensmittel, Art der Verpackung), weiter für die Sauberkeit beim Transport, hinsichtlich der Gesundheit und der Reinlichkeit des Personals usw. Die Verordnung bringt aber auch Vorschriften für das Publikum (Fernhaltung von Hunden, Verbot des Betastens der Lebensmittel) und regelt die polizeilichen Befugnisse. Zuwiderhandlungen sind mit Geldstrafe bis zu 150 RM oder mit entsprechender Haftstrafe bis zu 14 Tagen bedroht.

Als Beispiel einer bayerischen Bestimmung nenne ich die eingehenden oberpolizeilichen Vorschriften in bezug auf Lebensmittelpolizei im Reg. Bez. Unterfranken und Aschaffenburg vom 15. März 1903 (Kreisamtsbl. S. 37), als Beispiel einer sächsischen die Verordnung des Ministeriums des Innern, betreffs amtliche Nahrungsmittelüberwachung vom 13. Mai 1921 (Min.Bl. f. d. sächs. inn. Verwalt. S. 6).

Auch in Zukunft bleibt es den Ländern unbenommen, besondere neue Vorschriften über den Verkehr mit Lebensmitteln zu erlassen.

Was nun im besonderen die Mitwirkung der Medizinalpersonen bei der Überwachung des Lebensmittelverkehrs anlangt, so beschränke ich mich darauf, auf den § 77 der Dienstanweisung für die Preußischen Kreisärzte vom 23. März 1901 (Min.Bl. f. Med. Angel. S. 2) hinzuweisen, in dem es heißt: „Der Kreisarzt hat die für die Überwachung des Verkehrs mit Nahrungsmitteln, Genußmitteln und Gebrauchsgegenständen zuständigen Behörden zu unterstützen. Vornehmlich hat er seine Aufmerksamkeit auf die etwaige Gesundheitsschädlichkeit einzelner Nahrungs- und Genußmittel und Gebrauchsgegenstände zu richten, zu seiner Kenntnis gelangenden Gesundheitsschädigungen nachzuforschen und dieselben zur Anzeige zu bringen."

Diagnostisches Seminar.

Ein seltener Fall einseitiger Entzündung der Gland. sublingualis.

Von

Dr. A. Lejeune in Frankfurt a. M.

Vor kurzem suchte mich in der Sprechstunde ein 42jähriger Gartenarchitekt auf, mit der Angabe, daß ihm das Schlucken, ja sogar das Kauen fester Speisen heftige Beschwerden verursache und daß ihm während des Essens der Mundboden sichtlich anschwelle. Die Schwellung gehe derart schnell vor sich, daß sie von den Tischgenossen mit Erstaunen verfolgt werde. Die spontan entstehende Geschwulst erreiche die Größe einer großen Pflaume und gehe im Verlauf einer Stunde nach dem Essen auf Haselnußgröße zurück.

Der Befund ergab starke Rötung der Caruncula sublingualis; aus dem Ausführungsgang der Gland. sublingualis konnte ich durch Ansaugen eine Spur Eiter entleeren, dessen mikroskopische Untersuchung im methylenblau gefärbten Präparat eine Reinkultur von dicken Diplokokken ergab. Die Drüse selbst hatte die Größe einer kleinen Pflaume, zeigte keinerlei erhebliche Druckempfindlichkeit, keine Fluktuation. Temperaturen waren während des ganzen Verlaufes der Erkrankung nicht erhöht. Der ganze Vorgang blieb auf die linke Drüse beschränkt. Keine Angina Ludovici.

Die Behandlung bestand in Pinselung mit Tct. jod., einmal täglich, Eisbeutel und Verbot jeder festen Nahrung, Kauverbot. Nach Ablauf von 6 Tagen völlige Heilung.

Das Interessanteste ist indes die Ätiologie der Erkrankung. Patient hatte am Vorabend seiner Erkrankung eine große Anzahl von Photogrammen vermittels der bekannten gummierten Ecken in ein Album eingeklebt und die Befeuchtung mit der Zunge vorgenommen. Ohne Zweifel hat er sich dabei infektiöse Diplokokken in den Ausführungsgang der Glandula sublingualis eingeführt.

Redigiert von Dr. E. Hayward in Berlin.

Aus Wissenschaft und Praxis.

Fortschritte auf den einzelnen Sondergebieten.

Es finden abwechselnd sämtliche Sonderfächer Berücksichtigung.

1. Innere Medizin.

Einen Beitrag zur Frage der Gasdurchlässigkeit der lebenden Haut in Gasbädern und kohlensauren Wasserbädern

gibt F. Salzmann (Kissingen) (Münch. med. Wschr. Nr. 16). Die Frage ist von beinahe aktuellem Interesse, seitdem kürzlich erstmalig Zweifel an der therapeutischen Wirksamkeit der Kohlensäurebäder überhaupt von autoritativer Seite laut geworden sind. Die bisherige Erklärung der Wirksamkeit besteht darin, daß neben dem chemisch-lokalen Reiz, den die Kohlensäure auf die Haut ausübt, auch elektrostatische Aufladungen der Kohlensäurebläschen im Bade stattfinden und daß diesen elektrostatischen Feldern ein wesentlicher Anteil an der Hautrötung zukommt; da diese Erklärung für die Wirksamkeit der CO_2-Bäder bei Herzkrankheiten nicht voll befriedigte, hat man noch die Durchlässigkeit der Haut für CO_2 herangezogen, und zwar stellte man sich einen direkten Reiz durch die vermehrte Kohlensäure im Blut auf das Herz und das Zentralnervensystem vor. Salzmann hat nun diese Annahme durch Versuche an einem drei Wochen alten Ferkel, dessen zarte Haut Vergleiche mit der Menschenhaut gestatten, angestellt; er ließ in $3^1/_2$ stündigem Versuch ca. 40 Liter Münchener Leuchtgas, welches etwa 20 Proz. Kohlenoxyd enthält, auf die Haut unter Druck einwirken. Es konnte keine Spur Kohlenoxyd im Blute des Tieres nachgewiesen werden, so daß bei der Ähnlichkeit des Kohlenoxyds mit der Kohlensäure, die beide zu den nahezu lipoid unlöslichen Gasen gehören, angenommen werden kann, daß auch Kohlensäure nicht in meßbaren Mengen die Haut passiert. — Es wäre an der Zeit, daß Untersuchungen über die Wirkung der Kohlensäurebäder auf das kranke Herz einmal in großzügiger Weise sine studio et ira durchgeführt würden. (Ref.)

Herzschädigungen nach Kohlensäurevergiftung

beschreibt Parade (Med. Universitätsklinik, Breslau) (Klin. Wschr. Nr. 28). Die kurze Mitteilung ist im Anschluß an die obigen Versuche nicht ohne Interesse. Für Herzkranke wird von verschiedenen Autoren eine erhöhte Empfindlichkeit gegenüber der Kohlensäureintoxikation angenommen, was bekanntlich zu Schutzeinrichtungen bei den Kohlensäurebädern Veranlassung gegeben hat. Bisher fehlte es jedoch an jedem Beweis für diese Annahme. Diese Beobachtung ist deshalb von Interesse, da bei einem 56jährigen Bergmann, der vorher niemals über Herzbeschwerden geklagt hatte, im Anschluß an eine CO_2-Vergiftung bei einem Kohlensäureausbruch in der Grube eine langsam zunehmende Herzinsuffizienz aufgetreten ist, die zu ganz schweren Herzstörungen mit Vorhofflimmern, absoluter Arrhythmie der Ventrikel usw. geführt hat. Das Krankheitsbild war durch Bettruhe, Diät und Flüssigkeitseinschränkung auffällig zu beeinflussen. Die Herzinsuffizienz hatte sich in ununterbrochener Kette anschließend an die CO_2-Vergiftung entwickelt, so daß der ursächliche Zusammenhang einwandfrei zu sein scheint, um so mehr als bekannt ist, daß die plötzliche Überladung des Blutes mit CO_2 auf das Herz, sowie auf das zentrale Regulationszentrum einen bedeutenden Einfluß ausübt.

Die Eigenserum- und die Eigenblutbehandlung in der inneren Medizin

ist Gegenstand einer Mitteilung von Königsfeld (Freiburg) (Med. Welt Nr. 28). K. geht aus davon, daß in dem Serum von Infektionskranken reichlich selbstgebildete Immunstoffe gegen die krankmachenden Keime vorhanden sind, und daß der Kranke doch der Infektion erliegen kann, während vielleicht die Zuführung geringer Mengen fremder Immunstoffe durch passive Immunisierung eine Heilung herbeiführen könnte. K. hat schon vor vielen Jahren vorgeschlagen, zur Behandlung von Infektionskrankheiten das eigene Serum des Erkrankten zu benützen, nachdem die im Serum vorhandenen Antikörper in eine wirksame Form übergeführt sind. Das Wirksamwerden tritt ein durch Gerinnung des Blutes und Absetzen des Serums. — Die schwierigen Erklärungsversuche dieses Vorganges müssen im Original nachgelesen werden. K. tritt dafür ein, daß die physikalisch-chemischen Erklärungsversuche restlos mit Bezug auf die unspezifische Komponente der Immunitätsvorgänge Geltung haben. — Die Technik der Eigenserumbehandlung ist denkbar einfach: 50 bis 60 ccm Venenblut werden in einem trockenen sterilen Glasgefäß aufgefangen und sofort kühl und dunkel aufbewahrt, wenn möglich auf Eis. Das Serum wird vorsichtig und klar in ein steriles Reagenzglas abgegossen und tropfenweise unter ständigem Umschütteln mit etwa 10 Proz. einer 5 proz. Phenollösung versetzt, also ca. dem 10. Teil der Serumsäule im Reagenzglas. Das Serum ist wochenlang haltbar, so daß man mit einer einzigen Blutentnahme sich Serum für mehrere Behandlungstage herstellen kann. Es werden täglich 2,5—4,0 ccm subkutan oder intramuskulär injiziert. Die intravenöse Injektion des Eigenblutes liefert keine besseren Resultate.

Die ersten auffallend guten Resultate mit diesem Verfahren hatte K. bei Typhus abdominalis, auch in hoffnungslosen Fällen; das Fieber wurde abgekürzt, nach 2—3 Injektionen trat das Stadium der steilen Kurve auf, unter gleichzeitigem starkem Schweißausbruch. Besonders auffallend war die Wirkung auf das Sensorium und das subjektive Befinden. Die Krankheit und die Rekonvaleszenz wurden im ganzen so abgekürzt, daß auch anfangs schwerste Fälle spätestens nach der 3. Krankheitswoche aufstehen konnten. Auch bei anderen Infektionskrankheiten, wie Paratyphus, Masern, Scharlach, Erysipel, Meningitis epidemica, Polyarthritis rheumatica, Sepsis trat nach K. in den meisten Fällen ein voller Erfolg und Heilung auf. Aber auch in den Fällen, in denen die Therapie versagte, war die Besserung des subjektiven Allgemeinbefindens auffällig und gerade dieser letzte Umstand ermöglichte es, bei ganz schweren Fällen die Behandlung 2—3 Wochen lang fortzusetzen, was von Bedeutung ist, weil man gerade bei Sepsis oft dann erst die Heilung eintreten sieht.

Da die Methode einfach und völlig gefahrlos ist, verdient dieselbe auch bei aller Skepsis in der Allgemeinpraxis weitgehendst versucht zu werden. G. Zuelzer (Berlin).

---

2. Chirurgie.

Die Endarteriitis obliterans juvenilis (Buergersche Krankheit)

ist in der letzten Zeit wiederholt Gegenstand der Besprechung in chirurgischen Gesellschaften gewesen. Berücksichtigt man die Tatsache, daß diese früher wohl recht seltene Erkrankung in der Zeit seit dem Kriege entschieden an Häufigkeit zugenommen hat, so erscheint ein ausführlicheres Eingehen hier angezeigt, da der praktische Arzt diese Erkrankung auch häufiger zu sehen bekommt und über die Art des Leidens, insbesondere aber über seine ernste Prognose unterrichtet sein muß.

Die Symptome der Erkrankung ähneln durchaus denen, wie wir sie bei der atherosklerotischen Gangrän und deren Vorläufern zu sehen gewohnt sind: gelegentliche Schmerzen in der befallenen Extremität, namentlich in deren peripheren Teilen, Blauwerden der Haut, mitunter abwechselnd mit völliger Blässe, schwächere Pulse sind die ersten Zeichen. Diese können jahrelang unverändert bleiben ohne einen bedrohlichen Charakter anzunehmen. In anderen Fällen steht vom Anbeginn der Erkrankung die Neigung zur Gangrän im Vordergrund. Diese beginnt fast immer an den Zehen und schreitet, ebenfalls wieder unter Remissionen, langsam nach oben fort. Es sind keine Zeichen für eine Atherosklerose der Gefäße vorhanden. Das Leiden befällt Menschen schon in den zwanziger Jahren. Es erkranken fast ausschließlich Männer. Man hat zunächst ätiologisch dem Nikotinmißbrauch eine entscheidende Rolle zugeschrieben, allein genauere Feststellungen haben ergeben, daß unter den Erkrankten zahlreiche Nichtraucher waren. In der letzten Zeit mehren sich die Stimmen derjenigen, die die Schädlichkeiten des Krieges für die Erkrankung verantwortlich machen. Wiederholte Durchnässungen der Füße, langdauernde und mehrfache Einwirkung von oft gar nicht erheblichen Kältegraden scheinen einen sicher festgestellten Einfluß auf die Entstehung der Erkrankung zu haben. Auch gewinnt man den Eindruck, daß zwischen dem Zeitpunkt der Einwirkung der Schädlichkeiten und dem Ausbruch der Erkrankung lange Jahre vergehen können, eine Tatsache, die besonders in der Gutachtenfrage der Kriegsdienstbeschädigung eine Rolle spielt. Die Prognose des Leidens ist als sehr ernst zu betrachten. Fast immer kommt es im Laufe der Zeit zur Amputation. Wenn auch eine Reihe konservativ-operativer Maßnahmen, über die unten noch zu sprechen sein wird, gelegentlich von gutem Erfolg begleitet zu sein scheint, so kann man über deren entgültigen Wert bei dem ausgesprochen chronischen Verlauf des Leidens heute noch kein Urteil abgeben. Trotzdem kommt ihnen eine besondere Bedeutung zu, namentlich dadurch, daß diese die fast unerträglichen Schmerzen der Kranken in hohem Maße zu lindern imstande sind.

Ob es sich um eine Endarteriitis handelt, d. h. lediglich um eine Erkrankung der Gefäßintima, erscheint fraglich. Pathologisch-anatomische Befunde sprechen mehr dafür, daß es auf Grund einer Erkrankung sämtlicher Gefäßschichten zu einer Thrombose der Arterien kommt. Man hat darum auch vorgeschlagen die Erkrankung als Thromboangiitis zu bezeichnen. Diejenigen Autoren, die die Ursache des Leidens in einer darniederliegenden Zirkulation zentralen Ursprungs suchen — sie sind weitaus in der Minderzahl —, geben Herzmittel zur Hebung des Zustandes des kardiovaskulären Systems. Nikisin (Prag) hat hier, durch eine längere Zeit durchgeführte Strophantinkur, Gutes gesehen (Ref. Zbl. Chir. 1929, Nr. 33). Eine ausführliche Besprechung fand die Erkrankung wiederholt in der Berliner Gesellschaft für Chirurgie. Hier hat sich vor allem Schum (Berlin) zu dem ganzen Fragenkomplex geäußert. In der Aussprache betonte Brüning, daß man die Gefäßthrombosen sehr weit hinauf bis zum Abgang der Profunda aus der Femoralis findet, und zwar schon zu einer Zeit, in der die Symptome noch gering sind, insbesondere eine Gangrän noch nicht besteht. Er empfiehlt die periarterielle Sympathektomie. Auch R. Mühsam hält die Kälteeinwirkung für sehr bedeutungsvoll in der Frage der Entstehung der Krankheit. Er glaubt, daß eine einmalige erhebliche Durchfrierung der Beine in dieser Beziehung schon verhängnisvoll sein kann. Auch seine Erfahrungen in bezug auf das Erhaltenbleiben der Extremität sind sehr schlecht, es kommt fast immer zur Amputation. M. Borchardt glaubt dem Einfluß der Gefäßnerven

eine besondere Bedeutung zusprechen zu müssen, gerade die Labilität des Gefäßnervensystems ist es, die zu der Erkrankung zu prädisponieren scheint. In der gleichen Richtung geht die Auffassung von Bier, dem der Zusammenhang zwischen den Schädlichkeiten des Kriegs mit der Erkrankung nicht zweifelhaft ist.

Auch auf der Tagung der Nordostdeutschen Chirurgen in Königsberg ist über die juvenile Gangrän verhandelt worden. Läwen (Königsberg) hat sein früher schon aus anderer Indikation angegebenes Verfahren der Vereisung von Nervenstämmen auch bei dieser Erkrankung angewandt und schöne Erfolge davon gesehen. Er vereist den Nervus ischiadicus und den Nervus saphenus. Er hat die gangränösen Teile sich schnell abstoßen sehen, vor allem war aber das vollkommene Nachlassen der Schmerzen bemerkenswert. (Ref. Zbl. Chir. 1930 Nr. 4.)

Endlich sei noch erwähnt, daß Handley den Nervus ischiadicus mit periarteriellen Alkoholeinspritzungen behandelt, ein Verfahren, welches dieser Autor an Stelle der periarteriellen Sympathektomie eingeführt hat. Auch dessen Erfolge sind gut (Ref. Zbl. Chir. 1929 Nr. 11). Doch trifft für alle diese Verfahren das zu, was bereits oben erwähnt wurde, es müssen die Dauererfolge abgewartet werden.

Die Frage in welchem Darmabschnitt das Avertin wirksam resorbiert wird

hat Sebening (Frankfurt a. M.) bearbeitet (Zbl. f. Chir. 1930 25 S. 1539). Er hat röntgenologisch zu ermitteln versucht, wie hoch ein Baryumlösung-Einlauf im Kolon aufsteigt. Bei 20 darmgesunden Patienten zeigten sich außerordentliche Schwankungen in der Höhe. Nur zweimal war das gesamte Kolon einschließlich Blinddarm angefüllt, zweimal reichte der Einlauf bis zur Mitte des Colon ascendens, viermal bis zur Flexura hepatica, viermal bis zur Mitte des Colon transversum und siebenmal bis zur Flexura linealis. Bei einem Patienten füllte sich nur das Rektum und Sigmoideum. Der Grund für diese individuellen Schwankungen war nicht zu erkennen, der Tonus der Darmmuskulatur, Gas- und Kotfüllung, dürften aber wohl von Bedeutung sein. Rückläufige Inhaltsverschiebungen, vor allem der Übertritt des Einlaufs in den Dünndarm, während der für die Avertinresorption ausschlaggebenden ersten halben Stunde konnten nie festgestellt werden. — Der Autor konnte bei einem Patienten mit Rektumkarzinom, bei dem am Sigmoid ein Anus praeternaturalis angelegt war, Resorption nach rektaler und präternaturaler Zufuhr vergleichen. Beide Male war der Narkoseeffekt gut, obwohl bei der rektalen Zufuhr der Einlauf nicht über die Ampulla recti hinausgelangen konnte. Damit ist bewiesen daß auch in den untersten Darmabschnitten Avertin wirksam resorbiert werden kann. Allerdings steht in den höheren Darmabschnitten eine größere Resorptionsfläche zur Verfügung und so erklärt es sich, daß bei unvorsichtigem und stärkerem Druck der Einlauf schneller resorbiert, ein größerer Narkoseeffekt erzielt wird und die Avertinkonzentration im Blut eine gefährliche Höhe erreicht.

Über die Anwendung der Lokal- und Leitungsanästhesie bei der Behandlung von Frakturen und Luxationen

schreibt K. Hempel (Marburg) (Der Chirurg 1930 Bd. 2 Nr. 10 S. 477). Die Leitungs- und Lokalanästhesie bei Frakturen ermöglicht die in aller Ruhe vorzunehmende Stellung der Fragmente und bei komplizierten Frakturen eine Infiltrierung der Gewebe mit Rivanol (Klapp). Bei der Oberarmfraktur wird nach der Plexusanästhesie (Kulenkampff) an der Stelle des größten Druckschmerzes 5—10 ccm 1 proz. Tutocainlösung in den Bruchspalt injiziert. 10 Minuten später kann man an die Bruchstellen etwa je 20 ccm Tutocainlösung injizieren. Auch bei Unterschenkelfraktur wird Anästhesie und Rivanol angewandt, und zwar werden an der Tibia und Fibula je 10—20 ccm 1/2 proz. Tutocainlösung injiziert. Bei Oberschenkelluxationen injiziert man etwa 5 ccm 1/2 proz. Tutocain-Lösung ins Gelenk.

Hayward (Berlin).

---

3. Hautkrankheiten und Syphilis.

Über Erythrodermien im frühen Säuglingsalter.

Charlotte Hirsch (Dtsch. med. Wschr. 1929 Nr. 46). Nach Verf. sind die Dermatosen des ersten Lebensvierteljahres gekennzeichnet durch Erythrodermie, Desquamation und Neigung zu diffuser Ausbreitung dieser Prozesse. Eine sekundäre Infektion ist äußerst selten. Die Frühdermatosen stehen in keiner Beziehung zum Ekzem (sehr selten werden sie sekundär ekzematisiert) und zur exsudativen Diathese. Ihre Ätiologie ist unbekannt. Sie heilen von selbst um die Vierteljahreswende ab und sind prognostisch günstig zu beurteilen. Zweckmäßig ist es, die Haut austrocknen zu lassen. Man legt das Kind auf die sogenannte Schwebe, damit die Durchlüftung der Haut gefördert wird, packt es lose ein, vor allem ohne Gummiunterlagen. Die Schuppen am Körper werden mit Paraffinum liquidum entfernt und die Intertrigo mit Paraffin- oder Zinköl behandelt. Der Kopf wird mit 2 Proz. Salizylvaseline eingefettet und nässende Stellen mit 2—3 proz. Höllenstein geätzt.

Über Hautveränderungen bei Säuglingen nach Vigantoldarreichung.

M. Rodecurt (Münch. med. Wschr. 1929 Nr. 34). Verf. beobachtete bei Vigantolsäuglingen mehrfach das Auftreten einer gelbbraunen Hautfärbung. Nach Absetzung des Mittels gingen die Veränderungen relativ schnell zurück. Die meisten Kinder waren dunkelhäutig bzw. dunkelhaarig.

Eine Sonnenwirkung konnte mit Sicherheit ausgeschlossen werden, denn die Kinder kamen nicht ins Freie und lagen nicht in Fensternähe. Überdies erstreckten sich die Hauterscheinungen über den ganzen Körper. Bei Erwachsenen wurden Hautveränderungen nach Vigantol nie gesehen, obwohl sie sehr oft und häufig längere Zeit hohe Dosen erhalten hatten. Wie diese Pigmentierungen zu erklären sind, steht nach Verf. noch dahin.

Amalganplomben als Ursache von Quecksilberdermatitis.

Franz Blumenthal und Käthe Jaffé (Dtsch. med. Wschr. 1929 Nr. 41). Bei einer 30jährigen früher nie krank gewesenen Frau entstand einige Stunden nach der Amalganfüllung eine Entzündung der Mundschleimhaut und des Gesichts und übergreifend eine heftige Dermatitis. Es handelte sich um eine Quecksilberempfindlichkeit im Sinne einer echten Allergie, die durch Kutanproben und Übertragungsversuche nach Prausnitz-Küstner sichergestellt wurde. Bei derartig quecksilberüberempfindlichen Patienten ist nach den Versuchen der Verff. eine Amalganfüllung der Zähne imstande, Schädigungen der Schleimhaut auszulösen, jedoch nur solange die Plombe nicht erhärtet ist.

Erfahrungen über Myosalvarsan bei Säuglingen.

Waldeyer (Dermat. Z. 1929 Bd. 56). Verf. empfiehlt das Myosalvarsan intraglutaeal bei Säuglingen und Kindern einzuverleiben, bei denen die intravenöse Injektion wegen ungünstiger Venen nicht möglich ist. Von großer Wichtigkeit ist bei Säuglingen gute Pflege und ausreichende Ernährung nach Möglichkeit mit Muttermilch. Verf. empfiehlt, Myosalvarsan in Aqua destillata aufzulösen, und zwar bei einer Beschränkung auf ein Mindestmaß an Flüssigkeit. In der Regel löste er 0,075 Myosalvarsan in 0,2 ccm Aqua destillata auf. Auch zur völligen einwandfreien Lösung von 0,15 g Myosalvarsan benötigte er nie mehr als 0,5 ccm Wasser. Die Dosis ist abhängig von der Konstitution, dem Alter und Gewicht der Kinder. Im allgemeinen rechnet Verf. pro Kilogramm Körpergewicht 0,015 g Myosalvarsan. Bei der ersten Injektion gab er noch geringere Mengen zur Prüfung der individuellen Verträglichkeit. Bei sehr elenden Kindern und Frühgeburten fing er mit der kleinsten Dosis 0,015 gleich $^{1}/_{10}$ Dosis an, um auch hier bei guter Verträglichkeit bald zu steigern. Nach einer Anzahl von Injektionen von 0,075 ging er zur Dosis 0,1 g über, mit welcher die Kur beendet wird. Die Injektionen wurden alle 5—6 Tage wiederholt, bis zu einer durchschnittlichen Gesamtmenge von 1,2—1,5 g in einer Durchschnittsanzahl von 12— 15 Injektionen. Nebenwirkungen lokaler oder allgemeiner Natur wurden niemals beobachtet, charakteristisch war die schnell einsetzende Hebung des Allgemeinzustandes auch bei elenden Säuglingen. Sämtliche Kinder zeigten nach Beendigung der Kur seronegative Reaktionen mit Ausnahme eines Falles. Der Umschlag der WaR. trat durchschnittlich schon nach der 6.—7. Injektion ein. Nach Verf. haben wir also im Myosalvarsan ein reizloses Mittel, das bei richtiger Dosierung von starker antisyphilitischer Wirkung ist, und bei leichter Injektionstechnik in der Behandlung der kongenitalen Lues als das Mittel der Wahl gelten kann. R. Ledermann (Berlin).

---

4. Nervenleiden.

Neuere Schlaf- und Beruhigungsmittel.

Neodorm ist ein mildes Beruhigungs- und Schlafmittel, das nach den Erfahrungen von L. Deutsch (Münch. med. Wschr. 1930 Nr. 13) sich bei den verschiedensten Krankheitszuständen bewährt hat. Die Versuche Deutschs erstreckten sich auf allgemein Nervöse, organisch Kranke mit funktionell nervösen Beschwerden, Tuberkulöse, Asthmatiker und Hypertoniker, die an Schlaflosigkeit litten. In allen diesen Fällen erwies sich das Neodorm als ein brauchbares, von Nebenwirkungen freies Mittel. Bei Hypertonien mittleren Grades konnte mehrfach beträchtliche Blutdrucksenkung festgestellt werden, was Deutsch auf die tierexperimentell bestätigte spasmolytische Wirkung des Neodorms bezieht. Bei Schlaflosigkeit auf Grund kardial-dyspnoischer Zustände sowie schweren Schmerzen war die Wirkung des Präparates nicht genügend. Gegeben wurden ein, in schwereren Fällen zwei Bohnen. In den meisten Fällen konnte innerhalb einer halben Stunde Schlaf erzielt werden. Zusammenfassend bemerkt Deutsch: Neodorm ist als ein mildes, im allgemeinen wirksames Einschläferungsmittel zu betrachten und bedeutet eine Bereicherung unserer therapeutischen Möglichkeiten.

Günstige Mitteilungen über Neodorm liegen auch aus der Universitäts-Nervenklinik in Belgrad vor. (Lijecnicki Vjesnik, Juli 1929.) Lopasic berichtet über 25 Fälle, Neurastheniker, Folgezustände von Enzephalitis, psychiatrisch Kranke. Eine halbe bis eine Stunde nach Verabreichung des Mittels trat in der Regel Schlafwirkung ein. Beim Erwachen fühlten sich die Patienten frisch. Besonders gute Erfahrungen hatte L. bei den Schlafstörungen der Neurastheniker. L. schreibt wie andere Autoren dem Neodorm eine spezifisch reizmildernde Wirkung auf die Hirnrinde und die vegetativen Zentren im Hirnstamm zu. Bei Psychosen mit schweren Unruhezuständen sowie bei Schlafstörungen infolge Schmerzen war Neodorm nicht wirksam genug.

Über Erfahrungen mit Luminal löslich berichtet W. Blumenthal (Med. Klin. 1928 Nr. 23). Luminal löslich wird in Ampullen zu 1 ccm in den Handel gebracht. Das Mittel ist in allen Fällen angezeigt, in denen die hypnotisch-sedative Wirkung des Luminals angestrebt wird und orale Zuführung nicht möglich ist. Die hauptsächlichsten Indikationen für Luminal löslich sind toxisch-

infektiöses Erbrechen, Erbrechen bei Hirnreiz, Schwangerschaftserbrechen, akute Magenreizzustände und azetonämisches Erbrechen. Ebenso konnte das Präparat auch bei Erregungs- und Krampfzuständen der verschiedensten Art vorteilhaft verwendet werden. Man verabfolgt 1—2 ccm der Ampullenlösung intramuskulär, am besten in die Streckmuskulatur des Oberschenkels. In einem Falle von schwerer Nierenkolik, bei dem Opium und Belladonna versagten, brachte Zugabe von 1 ccm Luminal Beseitigung des Krampfes. Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Nach der Einspritzung macht sich mitunter ein geringfügiger, kurzanhaltender Schmerz bemerkbar. Bezüglich der Anwendung des Präparates ist zu bemerken, daß die Injektionsspritzen möglichst trocken sein müssen.

Dornalgin ist ein Kombinationspräparat, das im Bürgischen Sinne die schmerzstillende Wirkung des Pyramidons mit der beruhigenden, bzw. einschläfernden der Barbitursäure verbindet. Hierüber berichtet E. Harloff in Heft 23 1929 ‚Der praktische Arzt". Dornalgin kommt in Tabletten, Tropfen, Zäpfchen und Ampullen in den Handel. In vielen Fällen genügt zur Schmerzstillung eine Tablette, doch kann bei stärkeren Schmerzen bis zu viermal täglich zwei Tabletten gegangen werden. Auch bei diesen großen Dosen blieben unangenehme Nebenwirkungen aus. Dornalgin hat sich bei Kopfschmerz, Migräne neuralgischen und rheumatischen Beschwerden, Dysmenorrhöen, Mandelabszessen, Otitiden bewährt, auch bei Gallensteinkoliken war das Mittel wirksam, so daß Verf. nur in seltenen Fällen Morphine anwenden mußte. Da die hypnotische Wirkung des Dornalgins verhältnismäßig klein ist, so empfiehlt es sich, in schwereren Fällen Dornalgin mit einem Hypnotikum, z. B. Noctal zu kombinieren. Eine Abschwächung der schmerzstillenden Wirkung wurde selbst bei längerem Gebrauche nicht beobachtet. Zusammenfassend sagt Harloff, daß Dornalgin ein Antidolorosum ist, das bei denkbar bester Wirkung keine Nebenerscheinungen zeigt. Es ist imstande, den Verbrauch von Alkaloiden wesentlieh herabzusetzen.

Leo Jacobsohn (Charlottenburg).

Kongresse.

4. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Tuberkulose-Gesellschaft

in Norderney, 12. und 13. Juni 1930.

Bericht von

San.-Rat Dr. **Holdheim** in Berlin.

Die diesjährige Deutsche Tuberkulose-Tagung fand zum erstenmal unabhängig von der Tagung des Deutschen Zentralkomitees statt, sie war von etwa 500 Ärzten besucht. Der Vorsitzende der Gesellschaft, der Chefarzt der Lungenheilstätte Edmundsthal, Dr. Ritter, eröffnete die Tagung mit einer Ansprache über die gegenseitige Bedeutung der Heilstätten und Tuberkulosefürsorgestellen. Er widmete warme Worte der Teilnahme den Opfern der Tuberkuloseimpfungen in Lübeck und gab dabei der Ansicht Ausdruck, daß das Calmette'sche Verfahren selbst wohl nicht verantwortlich gemacht werden könne. Das Thema des ersten Tages war dem Stoffwechsel und der Ernährung Tuberkulöser gewidmet. Der 1. Referent Grafe (Würzburg) hob hervor, daß eine Unterernährung als Folge von Fieber und Stoffwechselsteigerung bei der Tuberkulose die Regel sei, speziell der Eiweißumsatz liege bei Tuberkulosen höher als bei Gesunden; deshalb muß an einem größeren Eiweißbedarf Tuberkulöser festgehalten werden, so daß Ernährungsregime, welche die Eiweißzufuhr erheblich einschränken, wie z. B. das Verfahren von Gerson, vom theoretischen Standpunkt bedenklich sind. Ebenso ist dem Glykogenbedarf und dem Kohlehydratbedarf Tuberkulöser Rechnung zu tragen. Die Fettverbrennung beim Tuberkulösen sei die gleiche wie beim Gesunden. Der Kochsalzstoffwechsel verlaufe prinzipiell nicht anders wie bei chronischen Infektionen sonst, so daß sich kein Argument zugunsten einer kochsalzarmen Diät findet. Der Vitaminbedarf ist wahrscheinlich größer als in der Norm, doch hat es keinen Sinn, Vitamine weit über den Bedarf hinaus zu geben.

Schröder (Schömberg) sprach über Ernährung der Tuberkulösen vom praktischen Standpunkt aus. Eine gewisse Überernährung, die gleichmäßig das Eiweiß, das Fett und die Kohlehydrate sowie die Vitaminspender zu berücksichtigen haben, ist bei der Ernährung Tuberkulöser erforderlich. Leichter Aufguß von Kaffee, Tee und Kakao sind unbedenklich, kleinere Dosen von Alkohol können als Anregungsmittel und Stomachicum von Nutzen sein. Bei Kranken mit endogener Magersucht kann eine Insulinmast versucht werden. Fettsüchtige Tuberkulöse sind vorsichtig zu entfetten, diabetische streng diätetisch zu behandeln. Bei Kranken mit großer Appetitlosigkeit kommen auch künstliche Nährpräparate in Frage. Die Ernährung nach Gerson-Herrmannsdorfer-Sauerbruch (G.H.S.-Kost) lehnt er ab, ebenso hält er es für unrationell, Tuberkulöse mit Rohkost zu ernähren, da diese die ballastreiche Nahrung nicht zu verarbeiten vermögen. Die G.H.S.-Kost betrachtet er als alimentäre Reizkost, die zeitweilig vielleicht von Nutzen sein kann. Es folgte dann Wichmann (Hamburg), der über die Diätbehandlung (G.H.S.-Diät) bei Haut- und Schleimhauttuberkulose sprach. Sie kann bei dieser Form der Tuberkulose sowohl hervorragende Besserungen, aber auch Verschlimmerungen zur Folge haben. Die exsudativen Formen reagieren besonders gut. Die zahlreichen Diskussionsredner, unter denen wir Wiese (Landeshut), Deist (Überruh), Müller (Schewen), Bacmeister (St. Blasien) aufführen, kamen fast durchweg zu einer Verurteilung der G.H.S.-Diät. Der Hauptredner des folgenden Tages war Präsident Hamel (Berlin), der über die Ursachen des Rückganges der Tuberkulosesterblichkeit in den Kulturländern sprach. Die Industrieländer zeigen eine stärkere Abnahme als die vorwiegend agrarischen Länder. Es ist wohl anzunehmen, daß die Widerstandsfähigkeit des Körpers begründet auf einer Hebung des allgemeinen Lebensstandards hierfür verantwortlich zu machen ist, dazu kommt die frühzeitige Erkennung und Behandlung der Tuberkulose und die frühzeitige Erfassung der Tuberkulösen, die vor allem dem Ausbau der Fürsorgestellen zu danken ist. In Deutschland kommt besonders noch die Sozialversicherung hinzu, die die sicheren Grundlagen für eine ausreichende ärztliche Versorgung der Bevölkerung bringt. Die folgenden Redner: Ickert (Gumbinnen) und Wolff (Berlin) äußerten ungefähr die gleichen Anschauungen. Interessant waren die Ausführungen von Sommerfeld über den erblichen Faktor bei der Tuberkuloseerkrankung, die er an tuberkulösen Zwillingen angestellt hat. Er kommt zu dem Resultat, daß bei eineiigen, also erbgleichen Zwillingspaaren der Krankheitsverlauf ein außerordentlich ähnlicher ist, während bei zweieiigen, d. h. erbverschiedenen Zwillingen die Ähnlichkeit nicht so deutlich ist, trotzdem diese Zwillinge unter den gleichen Umwelteinflüssen aufgewachsen sind. Er glaubt daraus schließen zu dürfen, daß die erbliche Veranlagung für eine Erkrankung an Tuberkulose und ihren Ablauf von großer Bedeutung ist.



Vial's
TONISCHER
Wein
HERZTONICUM
STOMACHICUM
ROBORANS
FÜR
WÖCHNERINNEN
RECONVALESCENTEN
VIAL u. UHLMANN FRANKFURT a. M.
PREIS P. FL. MK. 4,50

Ärztliche Rechtskunde.

Der Vertreter eines Arztes ist nicht als Lohnempfänger anzusehen.

Ein Arzt Dr. B. hatte sich vom Juli 1925 bis November 1927 in vier Zeitabschnitten durch je einen Arzt mit eigner Praxis, in sechs Zeitabschnitten durch einen auswärtigen Verwandten seiner Frau und während zweier Zeitabschnitte durch einen anderen auswärtigen Arzt vertreten lassen. Dr. B. zahlte in der Regel eine feste Vergütung. Das Finanzamt erachtete diese Vergütungen als Arbeitslohn und forderte Dr. B. auf, als Arbeitgeber die Lohnsteuer nachträglich zu zahlen. Abweichend von den Vorinstanzen erklärte der Reichsfinanzhof die Rechtsbeschwerde des Dr. B. für begründet und führte u. a. aus, eine Lohnsteuerpflicht sei vorliegend zu verneinen, es komme hauptsächlich darauf an, ob ein Abhängigkeitsverhältnis vorliege. Nach der Verkehrauffassung könne der Vertreter nicht als in abhängiger Stellung befindlich angesehen werden. Der Vertreter übe die Vertretungstätigkeit als Angehöriger eines freien Berufs aus. Die soziale Stellung, die vorübergehende Dauer des Vertretungsverhältnisses und auch die besondere Art der ärztlichen Tätigkeit sprechen in einem solchen Falle gegen die Annahme eines unselbständigen Arbeitsverhältnisses. Die Vergütungen, welche Dr. B. seinen Vertretern gezahlt habe, seien nicht als Arbeitslohn anzusehen, die Anforderung der Lohnsteuer sei nicht zu billigen.

Meldner.

Soziale Medizin.

Die Tuberkuloseschutzimpfungen in Lübeck.

Von

Prof. **Möllers** in Berlin.

In Fortsetzung der in Nr. 12 dieser Zeitschrift zum Abdruck gekommenen Schilderung des bisherigen Verlauf der Tragödie der Tuberkuloseschutzimpfungen kann berichtet werden, daß die Zahl der Todesfälle inzwischen auf 63 gestiegen ist.

Auf Grund der vom Reichsgesundheitsamt eingeleiteten Untersuchungen hat das Reichsministerium des Inneren am 9. Juli 1930 amtlich zu den Lübecker Vorkommnissen Stellung genommen und ein vorläufiges Urteil dahin abgegeben, daß die fragliche Calmette-Kultur vom Institut Pasteur in Paris einwandfrei geliefert, aber bei der Weiterzüchtung in Lübeck verunreinigt worden sei.

Das Verhalten der Lübecker Behörden in der Calmette-Angelegenheit hat zu einer Reihe von Beanstandungen Anlaß gegeben:

1. Nachdem das Reichsministerium des Inneren im Jahre 1927 auf Vorschlag des Reichsgesundheitsrats den Länderregierungen in der Frage der Tuberkuloseschutzimpfung mit lebenden Tuberkelbazillen Zurückhaltung empfohlen hatte, hätte man von den Lübecker Gesundheitsbehörden erwarten können, daß sie sich vor Einleitung der Schutzbehandlungen mit dem Reichsgesundheitsamt in Verbindung gesetzt hätten, um sich zu vergewissern, ob das Reichsministerium des Inneren an diesem abwartenden Standpunkt trotz der günstigen Berichte aus dem Auslande noch festhält.

2. Nachdem die BCG-Kultur des Institut Pasteur seit Ende Juli 1929, d. i. fast $^3/_4$ Jahre lang im Lübecker Laboratorium auf verschiedenen Nährböden weitergezüchtet worden war, hätte man vor der ersten Verabreichung des Schutzstoffes an die Säuglinge sich durch einen Tierversuch von der Unschädlichkeit des Impfstoffes überzeugen müssen.

3. Die schutzbehandelten Kinder sind nicht ausreichend gesundheitlich überwacht worden, so daß die katastrophale Wirkung der Schutzfütterung erst relativ spät erkannt wurde. Insbesondere wurde beanstandet, daß noch einige Dosen des Schutzstoffes in den Händen der Hebammen verblieben, nachdem am Vormittag des 26. April 1930 die Schädlichkeit des verwandten Impfstoffes durch die Obduktion eines Säuglings bereits erwiesen war. Glücklicherweise wurden diese Schutzstoffmengen nicht mehr an neu hinzugekommene, sondern nur an solche Säuglinge verabreicht, die bereits vor dem Nachmittag des 26. April der ersten, für die Frage der Erkrankung wohl entscheidenden Schutzbehandlung unterzogen worden waren.

4. Die für die Schutzbehandlung verantwortlichen Stellen, zwischen denen es zum Teil wohl auch an der genügenden Zusammenarbeit fehlte, haben die vorgesetzten Lübecker Dienststellen von den eingetretenen Schädigungen zu spät benachrichtigt, so daß das Reichsgesundheitsamt erst am 14. Mai 1930 zugleich mit den Eltern, Ärzten und der Tagespresse von den Vorkommnissen Kenntnis erhielt.

Zu den wissenschaftlichen Untersuchungen des Reichsgesundheitsamts hat sich Geheimrat Prof. Händel in der Pressekonferenz am 5. Juli 1930 dahin geäußert, daß die Frage einer etwaigen Virulenzsteigerung des BCG-Stammes seit etwa 2 Jahren im Reichsgesundheitsamt bearbeitet werde. Die Untersuchungen darüber seien noch im Gange, würden aber wahrscheinlich nicht das Ergebnis bringen, daß eine Virulenzsteigerung eingetreten sei. Über die Frage, ob eine Verwechslung oder eine Vermengung einer richtigen Calmette-Kultur

mit anderen virulenten Tuberkelbazillen in Lübeck vorgekommen sei, wären die Untersuchungen noch nicht zum Abschluß gekommen.

Der Reichsgesundheitsrat habe zwar im Jahre 1927 gegenüber den Tuberkuloseschutzimpfungen eine warnende Stellung eingenommen; diese Warnung sollte aber kein generelles Verbot bedeuten, sondern nur verhüten, daß in größerem Umfange in Deutschland Fütterungen nach Calmette vorgenommen würden. Man wollte aber nicht verhindern, daß von einzelnen Ärzten bei besonders gefährdeten Kindern in tuberkulöser Umgebung Fütterungen stattfänden. Solche Fütterungen seien in Deutschland in Berlin, Breslau, in der Eifel und in Ostpreußen in kleinem Umfang und immer nur bei einem ausgewähltem Kindermaterial vorgenommen worden.

Der Ausschuß der Lübecker Bürgerschaft für Wohlfahrts- und Gesundheitspflege, der beauftragt war, die mit der Tuberkuloseschutzimpfung in Zusammenhang stehenden Fragen zu untersuchen, hat, nachdem er in Berlin am 23. Juni 1930 eine eingehende Aussprache mit den Sachverständigen des Reichsgesundheitsamts gehabt hatte, am 12. Juli der Bürgerschaft einen Bericht über ihre Feststellungen vorgelegt.

Im Ausschuß selbst hat man sich indes nicht auf einen einheitlichen Bericht einigen können, sondern es wurden zwei Berichte vorgelegt. Der Mehrheitsbericht kommt zu dem Schluß, daß es ein Fehler war, ein so weitgehendes Experiment auf lokaler Grundlage und mit beschränkten Hilfsmitteln vorzunehmen, und stellt fest, daß die verantwortlichen Ärzte die ihnen durch ihr Amt auferlegte besondere Sorgfalt in ernster Weise verletzt und mit einer Fahrlässigkeit gehandelt hätten, für die sie disziplinarisch und strafrechtlich zur Rechenschaft zu ziehen seien. Der Bericht der Minderheit ist in seinem Urteil nicht so scharf wie der Bericht der Mehrheit.

Die Lübecker Staatsanwaltschaft hat ein Verfahren gegen den Leiter des Gesundheitsamts, Ob.-Med.-Rat Dr. Altstaedt, den Leiter des Krankenhauses, Prof. Deycke, den Leiter der Kinderabteilung, Prof. Klotz, und die Laboratoriumsschwester von Prof. Deycke eingeleitet.

Am 18. Juli hat der Senat zu Lübeck die Suspension der drei Medizinalbeamten bis zur rechtskräftigen Entscheidung verfügt. Die Einleitung des Disziplinarverfahrens ist vom Senat in Aussicht genommen, sobald das strafrechtliche Verfahren beendet ist.

Geschichte der Medizin.

Eiselsberg feierte am 31. Juli seinen 70. Geburtstag.

Von

Alexander Stern in Berlin.

Anton Freiherr von Eiselsberg, der am 31. Juli seinen siebzigsten Geburtstag feierte, wäre beinahe Minister in Österreich geworden. Wurde er berufen, weil sich der kleine Bergländerbund nach dem Operationsmesser des Chefs der I. Wiener chirurgischen Universitätsklinik sehnte? Wohl nicht. Übrigens lehnte er ab. Warum? Fürchtete er, Intrigen nicht gewachsen zu sein, die jeden Minister erwarten? Fehlte es ihm an Entschlossenheit? Glaubte er am Ende, nicht genug volkstümlich zu sein? Untersuchen wir die Symptome mit der Genauigkeit, die uns Eiselsberg gelehrt hat.

Kann er Ränken begegnen? Dem Broger gegenüber ist ihm das nicht gelungen. Das war ein Tiroler, viele Jahre lang Eiselsbergs Diener, Hort und Zuversicht der Prüfungskandidaten. Wenige Tage vor dem Examen, das in Österreich Rigorosum heißt, wartete man auf Broger in der Garnisonsgasse, hinter dem Krankenhaus, bis er ins Gasthaus „Zum lustigen Tiroler" auf ein Viertele Roten ging. Denn dort hielt Broger, riesengroß mit seiner Glatze und seinem Kaiserbart rasch einen Kurs über Verbände ab. Fing sich irgendeinen Jungen von der Straße, setzte ihn mitten im Wirtshaus auf einen Stuhl, bestach ihn mit Würstchen, zog ein paar Mullbinden aus den Taschen seines Arbeitsmantels und demonstrierte alle gebräuchlichen Verbände an dem Geduldigen, auch die verzwickte Mitra und den heiklen Hüftverband, sogar das vertrackte Suspensorium Mammae — der Junge bekam eben vorher ein Handtuch ins Hemd gesteckt. Auch ein Handtuch hatte Broger in der Tasche.

Und dann kam der Tag des Rigorosums. Eiselsberg lehnte dabei immer am Heizkörper, vor dem großen Fenster des Operationsraumes. In der gegenüberliegenden Ecke stand die lebensgroße Puppe, der die Prüflinge die verlangten Verbände anlegten. Broger machte sich hierbei immer in der Mitte des Raumes zu schaffen. Immer. Überzog den Operationstisch frisch, nahm das Laken wieder weg, legte es andersherum hin, zog an den Rändern, strich Falten glatt, wischte an den Tischbeinen herum, putzte die Griffe und sah dabei immer scharf hin, ob es der Kandidat richtig machte. Fing der zu patzen an, dann schob sich Brogers Riesengestalt zwischen ihn und Eiselsberg und scharfgezischte Kommandos wiesen dem künftigen Arzt den richtigen Weg. Rückte Eiselsberg ein wenig seitwärts, um freie Sicht zu bekommen, rückte Broger wie zufällig mit, immer den Patzer verdeckend, bis alles wieder in Ordnung war. Jahrelang ging dieser stumme Kampf zwischen Eiselsberg und Broger, der Diener blieb Sieger bis zu seinem Tode.

Besser steht es mit der Entschlossenheit. Im Winter 1916 wurde Eiselsberg, k. u. k. Admiralsstabsarzt in der Reserve, zum griechischen König berufen. Möglich, daß seine Sendung keine rein chirurgische war; Saloniki hielten Sarrails Truppen, südlich Bitolj lief die bulgarisch-österreichisch-deutsche Front. Dazwischen gab es einen sogenannten neutralen Raum voll abenteuerlustiger Makedonier und Epiroten. Ein bulgarisches Kriegsschiff brachte Eiselsberg von Dedeagatsch nach Athen. Als es ihn wieder zurückführen wollte, legten sich englische Eisenkähne auf den Weg. Sie interessierten sich so sehr für Eiselsberg, daß er sich entschloß, zu Lande, über Bitolj zurückzukehren. Im Wagen. Unterwegs erfuhr er, daß in den verschneiten Klüften an der Straße Freischärler auf ihn warteten. Nicht etwa als Patienten. Sondern mit ihren Repetiergewehren. Da nahm er ein Roß und ritt, so jung wie seine dunkeln Augen unter den weißen Haaren, 9 Stunden weit über vereiste Saumpfade und verschneite Schleichwege nach Bitolj.

Entschlossenheit hat er also. Und Volkstümlichkeit? Hier hat er wohl das schwerst Erlangbare erreicht. Das war so: Chef der II. chirurgischen Klinik ist Hochenegg. Dort werkte Anton, Diener, Macher, Intimus sämtlicher Studenten. Anton geriet einmal ins Getriebe eines Aufzuges und wurde bös zugerichtet. Im Wiener Allgemeinen Krankenhaus besteht die Einrichtung, daß an einem Tage alle neuaufgenommenen Kranken der Klinik Eiselsberg, am anderen der Klinik Hochenegg zugewiesen werden. Zwei Kliniken in einem Krankenhaus hegen gegeneinander ungefähr solche Gefühle wie zwei Ladenbesitzer, die in derselben Straße die gleiche Ware verkaufen — genug — bei Eiselsberg war gerade „Aufnahme" und Anton kam eben dorthin. Nach ein paar Wochen zeigte ihn Hochenegg in der Vorlesung. Anton sollte als erfahrener Kliniker seinen Fall selbst schildern. Tat es und schloß: „Ich will noch erwähnen, daß man mich zu Eiselsberg gebracht hat — ich muß sagen, sie haben es drüben nicht schlecht gemacht, ganz richtig haben sie es gemacht, lege artis, wir hätten es selbst nicht besser machen können".

Bitte, das ist der Gipfel der Volkstümlichkeit. Der Diener Hocheneggs, der Eiselsberg lobt — allerhand!

Eiselsberg stammt aus Oberösterreich. In der Welser Gegend liegt das Gut seiner Väter. Dort, in einer Dorfkirche ist auch sein Ahnherr beigesetzt, der testamentarisch die schrullige Verfügung traf, sein Sarg müßte alle hundert Jahre in der Gruft umgedreht werden. Vor ein paar Jahren war es wieder einmal so weit. Eiselsberg sagte bloß: „Ich riskier's". Und ließ den anspruchsvollen Ahnen ungewendet.

Scheint übrigens nicht rachsüchtig zu sein, der Uralte in der Gruft. Läßt den Nachfahren ruhig seinen 70. Geburtstag feiern. Oder hat er sich angesichts der Zustände in Österreich höchstselbst im Grabe umgedreht?

Standesangelegenheiten.

Worin liegt der Wert der humanistischen Bildung für den Mediziner?

Gedanken zu dem Aufsatz: „Die zunehmende Unbildung der Mediziner", von Georg Rosenfeld in Breslau.

Von

Dr. **Erich Meyer** in Ludwigshafen a. Rh.

Wenn wir über Bildung oder Unbildung sprechen, so ist es zunächst einmal nötig, sich die Frage vorzulegen, was wir unter Bildung eigentlich verstehen. Da wird es uns heute sehr schwer, darauf eine klare eindeutige Antwort zu geben. So oft ich im größeren oder kleineren Kreise die Frage aufgeworfen habe, entspann sich wohl ein lebhafter Meinungskampf, der jedoch nie zu einem endgültigen Ergebnis geführt hat. Eine jede Zeit, eine jede Kultur hat ihr eigenes Bildungsideal. Zur Zeit des Ausganges des griechischen Mittelalters, also etwa zur Zeit des Sokrates und Plato, wäre es nicht schwer gewesen, diese Frage zu beantworten. Damals gab es eben ein ganz bestimmtes, umschriebenes Bildungsideal, dem die Ausbildung des ritterlichen Jünglings völlig gerecht wurde. Ein ähnliches, wenn auch längst nicht mehr so einheitlich ausgesprochenes Bildungsideal hatten wir etwa in der Mitte und an der Wende des vorigen Jahrhunderts. Seit dem Beginn des 20. Jahrhunderts, besonders aber nach dem Ende des Weltkrieges, wo ein anderes Geschlecht unter uns groß geworden ist, ein Geschlecht, das in vielem eine andere Sprache spricht als wir sie gewohnt sind, gibt es ein solch einheitliches Bildungsideal nicht mehr. Das übersieht bewußt oder unbewußt, Rosenfeld in seinem Aufsatz.

Man kann doch wohl im Ernst nicht die Bildung oder Unbildung eines Jüngers Äskulaps daran messen wollen, ob er imstande ist, ein griechisches Wort richtig zu deuten, oder sich unter einer schwierigen chemischen Formel etwas vorzustellen. Daß man allerdings auf ein einwandfreies Deutsch in Sprache uud Schrift nicht verzichten kann, um zu den Gebildeten gerechnet zu werden, versteht sich eigentlich von selbst.

Seit dem ungeahnten und herrlichen Aufschwung der Naturwissenschaften neigt ein überragender Teil der geistig Höherstehenden zu einer Überbewertung naturwissenschaftlicher Kenntnisse selbst häufig da, wo sie nur oberflächlich sind. Daß solche Überbewertung sich gerade in Kreisen

breit macht, die durch Studium und Beruf zu einer eingehenden Beschäftigung mit den Naturwissenschaften gezwungen sind, ist nur allzu verständlich. Das Wesen wahrer Bildung liegt aber doch nun nicht zur Hauptsache darin, daß man das Handwerkszeug für seinen Beruf kennt, sondern von wahrhaft Gebildeten verlangt man in der Regel doch wohl etwas mehr.

Ich kann mir nicht recht vorstellen, daß Herr Rosenfeld wirklich der Ansicht ist, der alleinige oder überwiegende Wert der humanistischen Bildung liege darin, zu wissen, daß Jupiter pluvius der Gott des Regens ist, daß der Humanist etwa die Verwandtschaft des Zeus oder des Ajax Telamonius auswendig kennt. Das wäre das gleiche, als wolle man den Wert der von ihm so gepriesenen naturwissenschaftlichen Bildung etwa im Auswendiglernen von chemischen oder physikalischen Formeln erblicken. Wer als Oberrealschüler nicht mehr als das gelernt hat, den kann man mit Fug und Recht als ungebildet bezeichnen genau wie den Humanisten der bei den angeführten Weisheiten stehengeblieben ist.

Nicht in einigen auswendig gelernten und oft nur allzu schnell vergessenen Familienbeziehungen griechischer Götter und Helden, nicht in der Möglichkeit lateinische und griechische Fremdwörter ins Deutsche übersetzen zu können, liegt der Wert humanistischer Bildung. Wer das glaubt, und das sind heute leider die Vielzuvielen, selbst unter denen, die die Bank des humanistischen Gymnasiums einst drückten, hat des Geistes humanistischer Bildung nicht einen Hauch verspürt. Nur wer Platos Philosophie mit Begeisterung in sich aufgenommen hat, nur wer die Dramen eines Aeschylos und Sophokles mit jugendlichem Herzen auf sich hat wirken lassen, wer von Homers Gesängen und den Liedern eines Anakreon und einer Sappho im Überschwange jugendfroher Begeisterung hat hinreißen lassen, wer mit angehaltenem Atem den Erzählungen von wundervollen Heldentaten hellenischer Männer und Jünglinge gelauscht hat, der hat den Geist der Antike zu ahnen begonnen. Solche Jünglinge waren zum größten Teil die jungen Studenten, die 1914 bei Langemark mit dem Deutschlandlied auf den Lippen sich dem Vaterlande opferten. Da hat der Geist humanistischer Bildung seine Triumphe gefeiert.

Und da haben wir die Antwort auf meine Frage: Worin liegt der Wert der humanistischen Bildung für den Mediziner? Er liegt vor allem einmal und immer wieder darin, daß die humanistische Bildung zum Idealismus erzieht. Der Oberrealschüler lernt ja vom ersten Tag seiner Schulzeit an immer und immer wieder nur das, was er für seinen Beruf, was er zum Leben gebraucht. Wir wollen das keineswegs verachten oder unterschätzen. Aber je weniger gerade die künftige akademische Jugend zum Idealismus erzogen wird, je mehr sie nur auf die praktischen Anforderungen des Berufes gedrillt wird, um so mehr sinkt mit der idealen die sittliche Auffassung unseres Arztberufes. Die Zahl der guten Techniker unter uns wird größer, aber die Zahl der großen Menschen unter uns nimmt reißend ab. In diesem Stadium stehen wir mitten drin. Ich brauche nicht auf die beschämend häßlichen Formen des heutigen Konkurrenzkampfes in unserem Berufe hinzuweisen. Der Kundige kennt sie zur Genüge.

Man kann mir vorhalten, diesen Kampf bringe die wirtschaftliche Not eines ganzen Volkes mit sich. Darin liegt viel Wahrheit. Aber es hat doch Zeiten gegeben, wo unser Stand zusammenhielt, wo er zu den angesehensten gehörte. Das hat aufgehört nicht erst, seit wir ein armes Volk geworden sind. Der Anfang zu solchem Verfall liegt schon in der Zeit, da man begann, den Idealismus gering zu werten. In genau die gleiche Zeit fällt die Überbewertung naturwissenschaftlicher Bildung für den Mediziner gegenüber der geistig wissenschaftlich humanistischen. Und ich sehe nicht, daß es dem Ärztestande seitdem so viel besser geht als früher. Gerade das Gegenteil ist der Fall.

Geradezu kindlich und nicht sehr naturwissenschaftlich klingt es, wenn Rosenfeld meint, die humanistische Gymnasialbildung belege soviel Gehirnmasse, daß für einen selbständigen Denk- und Forschungsprozeß nur noch sehr wenig übrigbleibt. Die Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften beweist so sehr das Gegenteil, daß ich hierüber wohl kein Wort weiter zu verlieren brauche. Wer über so wenig Gehirnmasse verfügt, daß er nicht imstande ist, neben seiner humanistischen Bildung sich in die naturwissenschaftliche Denk- und Arbeitswelt einzuarbeiten, sollte dem akademischen Studium lieber fernbleiben. Er wird sicher in einem akademischen Beruf heute im Daseinskampf unterliegen.

Über Bildung oder Unbildung zu streiten, dürfte zurzeit ein müßiges Unterfangen sein. Ein einheitliches Bildungsideal haben wir zurzeit kaum. Unsere Zeit sucht mehr denn je eine Zeit neue Formen, auch für den Begriff dessen, was man Bildung nennt. Die Jugend von heute treibt Sport und beschäftigt sich mit Vorliebe mit den Dingen der Technik. Sie würde schon den für ungebildet erklären, der nichts von Schmelings Bedeutung als Weltmeister des Boxsportes wüßte, oder der über Bau und Einrichtung des neusten Luftschiffes im unklaren wäre. Das Recht dazu wollen wir ihr nicht bestreiten. Wir wollen aber auch nicht vergessen, unseren ganzen Einfluß dahin geltend zu machen, daß sie wieder Achtung vor und Freude an der humanistischen Bildung bekommt. Dann kommt die Zeit, wo wir in einem glücklicheren Vaterlande auch wieder einen idealgesinnten hochstehenden Ärztestand haben werden.

Trachtet am ersten nach dem Reiche Gottes, das ist nach einer Einstellung auf die idealen Ziele, so wird euch solches alles zufallen.

Aus ärztlichen Gesellschaften.

In der Sitzung der **Berliner medizinischen Gesellschaft** vom 28. Mai 1930 berichtete vor der Tagesordnung Herr Umber über akute Leberatrophie nach Morchelvergiftung. Zwischen Morchel und Lorchel besteht Verwandtschaft. Die Lorchel enthält die giftige Hevellasäure. Ihre Resorption macht stürmische Krankheitserscheinungen u. a. Erbrechen und Durchfälle, die von gewöhnlicher Art sind. Im Tierversuch beobachtet man Schädigungen des Nierenparenchyms und Hämoglobinurie, die beim Menschen nicht beobachtet wird. Der Pilz scheint noch ein zweites neurotropes Gift zu haben. Morchelvergiftungen fehlen unter den 100 jährlich in Deutschland zu beobachtenden tödlichen Pilzvergiftungen. U. hat 1916 über 3 Morchelvergiftungen berichtet, von denen eine sehr schwer verlaufen ist. In den folgenden Jahren wurden Morchelvergiftungen selten, aber 1930 hat U. bereits 12 derartige Vergiftungen gesehen. Die Diagnose setzt voraus, daß ein gesunder Mensch 4—8 Stunden nach dem Genuß des Pilzgerichts erkrankt und andere Personen, die von demselben Gericht genossen haben, miterkranken Der jetzt mitgeteilte Krankheitsfall betraf eine 40jährige Stütze. Sie erkrankte nach dem Genuß von Rührei mit Morcheln, deren Kochwasser weggegossen war. Nach 18 Stunden hatte sie einen Ikterus und war etwas benommen. Im Harn reichlich Urobilinogen und am nächsten Tag Bilirubin. Unter zunehmendem Ikterus und auftretenden Delirien Tod am 10. Tage der Erkrankung. Pathologisch anatomisch: akute gelbe Leberatrophie. Die Nieren waren im ganzen in Ordnung. Die zur Behandlung vorgenommene Milchsäureinjektion bewirkte Endothelschädigungen und es fand sich bei der Obduktion ein kleiner hämorrhagischer Infarkt in der Lunge mit zentraler Erweichung als Metastase. Es ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Leberatrophie und der Pilzvergiftung anzunehmen. Die Hausfrau welche von demselben Gericht genossen hatte, war 5 Std. nach der Mahlzeit erkrankt, hatte aber unstillbares Erbrechen, wodurch ein großer Teil des Giftes entfernt worden war. Die Hausfrau war nach einigen Stunden in Ordnung. Die Verstorbene hatte nicht erbrechen können. Die Giftigkeit der Lorchel ist nicht in allen Jahren die gleiche und hängt auch vom Standort ab. Die Konstitution des Kranken spielt bei den Pilzvergiftungen ebenfalls eine Rolle. In der Aussprache hierzu weist Herr Rost darauf hin, daß die Annahme der Giftigkeit des Kochwassers im Tierversuch am Hunde, sich beweisen läßt. Es entsteht durch das Kochwasser nach einer Latenzzeit von 4—8 Stunden Hämoglobinurie und eine schwere zentrale Lähmung, die in den Tod übergeht, oder zwingt, den Hund zu töten. Die abgekochten Pilze sind von R. und seiner Familie ohne Schaden genossen worden. Nach diesen Erfahrungen, die auch für dieses Jahr gelten, hat das Reichsgesundheitsamt darauf hingewiesen, daß ein Kochen von mindestens 2 Minuten Dauer erforderlich ist. Es mag sein, daß dieser Ratschlag nicht immer exakt befolgt ist. Vielleicht trifft es zu, daß die Pilze in den einzelnen Jahren giftiger sind. Die Beobachtung von Umber zu erklären, ist nicht ganz einfach. Zunächst werden die Kochvorschriften des Reichsgesundheitsamtes aufrechtzuerhalten sein. Auch Herr Benda hält es für ausreichend, die Pilze zu kochen und das Kochwasser abzugießen. Es scheint aber, daß die Pilze vielfach nur gebrüht werden. Man kann feststellen, daß in diesem Jahre die Lorchel häufiger auf den Markt kommt als die Morchel. Herr Neuberger hat im Zehlendorfer Krankenhaus 7 Fälle von Pilzvergiftung beobachtet. Auch hier war das Kochwasser richtig abgegossen. 2 mal wurden Krampfzustände von 1—2 Stunden Dauer beobachtet. In allen Krankheitsfällen bestand schwerer Ikterus. Die Bilirubinerhöhung hielt lange an. Herr H. Strauß hat mehr als 12 Morchelvergiftungen beobachtet, unter denen 2 schwere waren. Bei ihnen bestand schwerer Ikterus, eine Beteiligung des Zentralnervensystems, und die Krankheit dauerte viele Wochen. Leberschmerzen beherrschten das Krankheitsbild. Es ist anzunehmen, daß es sich um subakute Leberatrophie gehandelt hat. Beide Kranke genasen. Herr Taterka meint, daß in Neukölln Pilzvergiftungen mit einer gewissen Regelmäßigkeit zu beobachten sind. In diesem Jahre wurden bereits 5 Kranke behandelt, von denen einer starb. Seine Leber entsprach pathologisch anatomisch derjenigen bei Phosphorvergiftung. Die Milchsäurebehandlung hatte sich als unwirksam erwiesen. Nach einem Schlußwort von Herrn Umber berichtete Herr Martens über einen Fall von Milzruptur bei einem 17jährigen jungen Mann. Dieser war morgens beim Radfahren umgekippt und mit der linken Seite auf die Lenkstange aufgeschlagen. Nachts wurde er operiert. Keine große Anämie, der Bauch voll Blut, die Milz vom Stiel abgerissen, die Milzarterie thrombosiert. In der Tagesordnung hielten die Herren Schilf und Feldberg einen Vortrag: Das Histaminproblem in seiner Beziehung zur Humoralphysiologie und Gewebspharmakologie. Herr Schilf: Es wird zunächst einleitend die analytische Arbeitsmethode des Theoretikers der synthetischen Arbeitsrichtung des Praktikers gegenübergestellt. Alsdann wird auf Grund von analytisch gewonnenen Kenntnissen eine Schilderung zusammenhängender Vorgänge über die Humoralphysiologie des Histamins gegeben. Man hat den Begriff des Hormons so zu fassen, wie ihn Starling aufgestellt hat, nämlich als eine chemische Substanz, die im Organismus entsteht und zum Besten des Ganzen Erregungen bewirkt. Also nicht nur die innersekretorischen Substanzen, z. B. das Adrenalin fallen unter den Begriff des Hormons, sondern z. B. auch die CO_2, die auch von Starling als Hormon bezeichnet worden ist. Solche Hormone, die nicht von den innersekretorischen Organen, wie der Nebenniere, der Schilddrüse usw. abgegeben werden, sondern in sehr vielen Geweben gebildet werden und wie die CO_2 Regulationen bewirken, werden als Gewebshormone bezeichnet. Histamin kommt im Organismus vor und nimmt an verschiedenen Regulationen teil. Es ist also ein Gewebshormon. Das Histamin, daß das Amin des Histidins ist, ist pharmakologisch eine sehr aktive Substanz. Es bewirkt schon in Spuren Erregung oder Hemmung an fast allen vegetativ innervierten Organen. Es erweitert die Kapillaren und macht sie plasmadurchlässig. Ein Strichreiz der Haut bewirkt eine Reaktion, den sogenannten Dermographismus, der dadurch verursacht wird, daß durch den Strichreiz Histamin frei und wirksam geworden ist. Werden größere Hautpartien bestrichen, so gelangt das Histamin in den Kreislauf und bewirkt durch Erweiterung der Kapillaren eine Blutdrucksenkung und weiter eine Sekretion der Magendrüsen, die gegen Histamin sehr empfindlich sind. Für einige andere physiologische und auch pathologische Reaktionen wird angenommen, daß sie durch Freiwerden von Histamin entstehen. Es ist sehr wahrscheinlich, daß die Symptome des anaphylaktischen Chocks mit dem Freiwerden von Histamin zusammenhängen. Unsicher ist, ob der Röntgenkater, der Wundchock, die Symptome nach Hautverbrennungen, die Nebenniereninsuffizienz mit dem Freiwerden von Histamin zusammenhängen (Selbstbericht). Herr Feldberg: Die chemischen Regulatoren des Organismus oder die Hormone haben wir nach der Art ihres Vorkommens in innersekretorische Hormone einerseits und in Gewebshormone und Gewebsstoffe andererseits eingeteilt. Die innersekretorischen Hormone wie das Adrenalin und das Tyroxin entstehen nur in bestimmten Organen, nämlich in den Drüsen mit innerer Sekretion und werden nur in den spezifischen hochdifferenzierten Zellen dieser Organe gebildet. Die Gewebshormone — es handelt sich dabei um histaminähnliche und azetylcholinähnliche Stoffe — kommen dagegen in zahlreichen Geweben und Organen vor und sind an keine spezifische Zellstruktur gebunden. Um die Physiologie dieser Gewebsstoffe zu erforschen stellt man Untersuchungen über den Gehalt dieser Stoffe in den Geweben an. Diese Bestimmungen geschehen mit den in der Pharmakologie üblichen biologischen Methoden indem man die Gewebe, d. h. natürliche Extrakte aus diesen Geweben wie ein Pharmakon am Meerschweinchendarm oder am Blutdruck der Katze auf ihre Wirkung untersucht und diese gegen bekannte Pharmaka, z. B. gegen Histamin eicht. Weil das Gewebe dabei gewissermaßen als Pharmakon aufgefaßt wird, haben wir die Untersuchungen auf diesem Gebiet als Gewebspharmakologie bezeichnet; sie ist also die Lehre von dem Gehalt der Gewebe an Gewebshormonen unter verschiedenen Bedingungen. Es handelt sich vor allem um Untersuchungen, die feststellen, inwieweit Änderungen im Gehalt dieser Stoffe Ursache oder Symptom physiologischer Vorgänge oder pathologischer Zu-

stände sind. Als Beispiel dafür, wie eine physiologische Reaktion den Gehalt der Gewebe an Gewebshormon ändert, werden die Veränderungen aufgeführt, die im Muskel nach Muskelarbeit auftreten. Der Sartoriusmuskel der Katze enthält pro kg Gewebe histaminähnliche Stoffe, die in ihrer Wirkung im Mittel 5,25 mg Histamin entsprechen. Wird der Muskel eine halbe Stunde lang zur Kontraktion gebracht, so sinkt der Wert auf 1,5 mg. Wir nehmen an, daß die Abnahme darauf beruht, daß während der Muskelkontraktion Histamin oder histaminähnliche Stoffe frei werden, in die Gewebsspalten gelangen und die Gefäße erweitern. Aus der Pathologie werden zwei Beispiele, und zwar Versuche über Anaphylaxie und Nebenniereninsuffizienz angeführt. Die Anaphylaxieversuche wurden in unserem Institut von Watanabe an der Meerschweinchenlunge angestellt, die bei diesem Tier das Shockorgan darstellt. Ihr Gehalt an histaminähnlichen Stoffen entspricht in Histaminwerten ausgedrückt 22 mg Histamin pro kg Lungengewebe. Im Stadium der Sensibilisierung, d. h. also 12—14 Tage nach der Eiweißinjektion, kann dieser Wert bis auf beinahe das Vierfache nämlich 80 mg steigen. Nach der Reininjektion, die den Shock auslöst, sinkt der Wert bis auf 3 mg pro kg Gewebe. Diese Abnahme beruht darauf, daß die bei der anaphylaktischen Reaktion frei werdenden Stoffe den Shock auslösen. Diese Versuche sind somit ein Beweis dafür, daß die anaphylaktische Reaktion auf einem Freiwerden von Histamin oder histaminähnlichen Stoffen beruht. Nach einigen Autoren wird der Zustand der Nebenniereninsuffizienz, der nach der Entfernung beider Nebennieren bei Tieren auftritt als Folge einer Vergiftung durch im Stoffwechsel entstehende Stoffwechselprodukte angesehen. Nach dieser Ansicht üben die Nebennierenrinden eine Entgiftungsfunktion aus. Es gelang aber bisher nicht, giftige Stoffe im Blut nebennierenloser Tiere nachzuweisen. Nehmen wir aber an, daß die Entgiftung gar nicht im Blut sondern in den Geweben selber vor sich geht, so könnte man erwarten, daß diese im Stadium der Rindeninsuffizienz einen höheren Gehalt an toxischen Stoffwechselprodukten aufweisen. Das ist scheinbar wirklich der Fall. Z. B. enthält die Hundeleber im Stadium der Nebenniereninsuffizienz bis zu 300 Proz. mehr Histamin als die normaler Tiere (Lukas). Die drei angeführten Beispiele sollen zeigen in welcher Weise die Gewebspharmakologie uns Aufschluß gibt über die Funktionen der Gewebshormone und somit über Fragen aus dem Gebiet der humoralen Regulationen überhaupt (Selbstbericht). In der Aussprache hierzu weist Herr Cramer darauf hin, daß die Lungen u. U. besonders viel Histamin enthalten. Vielleicht kreisen auch nach Bestrahlungen besonders viel Nekrohormone im Blut. Herr Paul Trendelenburg meint, daß dem Histamin sehr viele Eigenschaften zugeschrieben werden, die nicht ohne weiteres anzuerkennen sind. Chemisch läßt sich das Histamin nicht nachweisen, weil seine Menge zu gering ist. Die pharmakologische Prüfung ist ein Surrogat hierfür. Nach den Mitteilungen wird bei der Muskelarbeit ungemein viel Histamin aus den Muskeln entfernt. Diese Menge müßte allgemeine Symptome machen. Bei der Nebenniereninsuffizienz spielt die Bluteindickung eine Rolle, so daß hier Beziehungen möglich sind. Ein sicherer Nachweis des Histamins ist noch nicht erbracht. Vor allem müßten auch andere Histaminsymptome nachgewiesen werden. Herr Löffler betont, daß ein von seinen Nerven getrenntes Auge noch keineswegs denerviert ist. Histamin und Adrenalin stimmen bis auf die stärkere Wirkung des Histamins überein. Histamin in großen Dosen eingespritzt, macht keine Dilatation der Kapillaren, in die das Tier sich verblutet. Es gibt kein Shockorgan. Die Gefäße, auch die Aorta schließen sich. Die Shockwirkung führt anfangs zu einer größten Blutdrucksteigerung, der eine Senkung folgt. Stoffe, die in den Geweben nachgewiesen sind, sind Folgen des Stoffwechsels, nicht seine Ursache. Die Herren Schilf und Feldberg sprechen je ein Schlußwort.

F.

Therapeutische Umschau.

Bei fieberhaften Aborten

hat sich nach Samson (Dtsch. med. Wschr. Nr. 27) Solvochin bewährt. Fast stets erzielt man einen kritischen Absturz der Temperatur bei gleichzeitiger Einwirkung auf die Wehentätigkeit. Gegeben wird 2 mal 2 ccm innerhalb von 2 Stunden. Dieselbe Dosierung bewährt sich auch bei Wehenschwäche unter der Geburt; hier ist es empfehlenswert zur Bekämpfung der Schmerzen auf dem Höhepunkt der Wehentätigkeit 1 ccm Dilaudid zu geben. Solvochin ist eine 25 proz. wässerige Chininlösung; wehenverstärkend wirkt Chinin nur dann, wenn der Uterus wehenbereit ist.

Gegen Asthma bronchiale

empfiehlt Leffkowitz (Dtsch. med. Wschr. Nr. 27) zur unspezifischen Desensibilisierung albumosefreies Tuberkulin. Er spritzt ungefähr 3—4 Tage intrakutan 0,1—0,3 ccm 1 : 10 000 000, 1 : 1 000 000, 1 : 100 000, 1 : 10 000, 1 : 1 000, allmählich steigend. Solche Behandlung ist mindestens $^1/_2$—1 Jahr durchzuführen; in den ersten Monaten sind weitere Hilfsmittel erforderlich, wie Ephedrin, Ephetonin, Taumagen, Pneumarol, Spasmopurin, Papavydrin usw.

Bei Bienenstichen

hat sich Pugnat (Rev. med. S. rom. Nr. 4) eine alkoholische Lösung von Aloe bewährt. Man verschreibt Aloes pulv. 20, Alkohol (96 Proz.) ad 100,0. Bei 60° zu lösen, nach 5—6 tägiger Mazeration zu filtrieren. Ein Tropfen wird unmittelbar nach dem Stich auf die Stichstelle verrieben; der Schmerz soll sogleich aufhören, Ödem und Juckgefühl ausbleiben.

Die Salvarsanbehandlung der Chorea,

die er 1911 einführte, bringt v. Bókay (Med. Klin. Nr. 27) wieder in Erinnerung. Es wird in Abständen von 5—7 Tagen 0,1—0,3 g Neosalvarsan intravenös gegeben. Gegenüber oraler Arsenbehandlung wird die Krankheitsdauer um 3—6 Wochen abgekürzt. Herzfehler bilden keine Gegenanzeige. Rezidive werden ebensowenig wie durch andere Methoden verhindert.

Bei Cystitis

empfiehlt Stern (Klin. Wschr. Nr. 29) Pyridium, das ein Phenylazodiaminopyridin-Präparat ist. Die Dosierung ist 3 mal täglich 1—2 Tabletten zu 0,1 g. Irgendwelche Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet, insbesondere keine Hämaturie, an die man wegen der roten Farbe des Urins nach Pyridium zu denken geneigt ist. Heilerfolge wurden bei Cystitiden verschiedener Ätiologie erzielt. Bei Blasenspiegelung zeigte sich, daß die Blasenwand stark gelb gefärbt war; diese Speicherung in der Blasenwand dürfte zum Teil eine besonders gute Wirkung gewährleisten.

Als Zusatznahrung bei der Behandlung der Lungentuberkulose

empfiehlt Gordon (Dtsch. med. Wschr. Nr. 11) Novo-Tropon, das in der Hauptsache aus Eiweißstoffen, Lipoiden und Mineralsalzen, darunter Kieselsäuren, besteht. Das Präparat bewährte sich bei unterernährten Tuberkulosegefährdeten und den wenig aktiven oder wenig ausgebreiteten Lungentuberkulosen, in erster Linie wurde die hartnäckige Appetitlosigkeit beseitigt.

Zur Anästhesie der Harnröhren- und Blasenschleimhaut

benutzt Schwarz (Dtsch. med. Wschr. Nr. 13) mit gutem Erfolge Percain, und zwar in einer 0,1—0,15 proz. Lösung, der auf 10 ccm 5—8 Tropfen Suprareninlösung 1 : 1000 zugesetzt werden.

Zur äußerlichen Jodbehandlung

verwendet Hübner (Dtsch. med. Wschr. Nr. 13) Jodex, das sowohl in flüssiger wie in Salbenform in den Handel kommt. Vorzüge sind Reizlosigkeit und Sauberkeit. Jodex kann überall da angewandt werden, wo man eine äußerliche Jodanwendung für erfolgversprechend ansieht, besonders bei Lymphdrüsenschwellungen und chronischen, rheumatischen Affektionen der Muskeln und der Gelenke.

Als neue Belladonnapräparate

werden von Blau (Münch. med. Wschr. Nr. 14) Belladonnysat (1 ccm = 0,5 mg Gesamtalkaloid) und Belladonnadispert (das pharmakologisch auf einen Gehalt von 1,5 Proz. Atropin eingestellt ist) empfohlen. Indikationen sind spastische Zustände des Magendarmkanals, des Urogenitalsystems und der Gallenwege besonders spastische Obstipation. Über 3 × täglich 15 Tropfen Belladonnysat braucht nicht gegangen zu werden, häufig genügen schon 3 × täglich 7 Tropfen. Belladonnadispert kommt in verschiedenen Formen in den Handel, Tabletten mit je 0,25 mg, Suppositorien mit je 0,3 mg, ferner 0,05 proz. Lösung zur Anwendung per os und zur Injektion. Im allgemeinen gibt man 3 × täglich 10—15 Tropfen, 3 × 1 Tablette oder 3 × 1 Suppositorium. Zu Injektionen braucht man nur selten zu greifen. Wie bei Atropin ist auch bei diesen Präparaten auf die individuelle Empfindlichkeit zu achten.

Bei schwerster toxischer Diphtherie

rät Wolff (Münch. med. Wschr. Nr. 16) das Diphtherieserum intralumbal zu injizieren. Er berichtet über einen Fall, bei dem 2 × 6000 bzw. 4200 I. E. intralumbal injiziert wurden, und der offenbar durch diese Behandlung gerettet wurde.

Gegen das Ekzem

zwischen den Zehen, das oft nicht nur eine Qual für den Patienten, sondern auch für den Arzt darstellt, der es entfernen soll, hat Dück (Münch. med. Wschr. Nr. 5) mit bestem Erfolge eine 4 proz. mit Vaseline bereitete Salbe von Aulinogen benutzt, die täglich 1—2 mal in dünner Schicht aufgetragen wurde. In 10 Tagen ist das Ekzem gewöhnlich abgeheilt. Johannessohn (Mannheim).

Tagesgeschichte.

Ärztlicher Fortbildungskurs der Medizinischen Fakultät in Münster (Westf.) vom 20.—23. Oktober 1930. Krause: Medizinische Klinik, Groß: Staublungenerkrankung, allgemeine Pathologie der Geschwülste, Coenen: Chirurgische Klinik, Walter: Angeborene und erworbene Erkrankungen des Hüftgelenkes, Esch: Geburtshilflich-gynäkologische Klinik und geburtshilfliches Colloquium, Hilgenberg: Behandlung pathologischer Blutungen in der Schwangerschaft, unter der Geburt und während des Wochenbetts, Vogt: Kinderklinik, Herzog: Ohrenklinik, v. Szily: Neue Gesichtspunkte in Klinik und Therapie der Augenkrankheiten, Poos: Diagnostische und therapeutische Irrtümer in der Augenheilkunde, Többen: Moderne ärztliche Rechts- und Standesfragen, Jötten: Über Tuberkuloseimmunität, Satorius: Diagnose der Darmkrankheiten, Kehrer: Psychiatrische und Nervenklinik, Stühmer: Hautklinik, Schmidt: Allergische Hauterkrankungen, Zipf: Herzhormone. Anmeldungen bis zum 11. Oktober 1930 erbeten an Herrn Prof. Eichhoff, Münster (Westf.), Chirurgische Universitätsklinik, Jungeblodtplatz 1.

Das Vorlesungsverzeichnis des **Lehrganges der Balneologie und Medizinischen Klimatologie** (der in Frankfurt a/M. vom 25. IX. bis 4. X. 1930 stattfindet) ist erschienen und durch die Geschäftsstelle, Frankfurt a/M., Feldbergstraße 47, zu beziehen.

Prof. Nochts Nachfolger am Hamburger Institut. Der Direktor des Instituts für Schiffs- und Tropenkrankheiten, Obermedizinalrat Prof. Dr. Bernhard Nocht, tritt mit dem 30. September d. J. in den Ruhestand und wird zu gleicher Zeit in seiner Eigenschaft als ordentlicher Professor für Tropenmedizin an der Hamburgischen Universität von der Verpflichtung zum Halten von Vorlesungen entbunden. Der Senat hat, wie uns auf dem Drahtwege aus Hamburg gemeldet wird, den wissenschaftlichen Rat am Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten und außerordentlichen Professor an der Hamburgischen Universität Geh. Medizinalrat Dr. Friedrich Fülleborn zum Direktor des Instituts für Schiffs- und Tropenkrankheiten und gleichzeitig zum ordentlichen Professor für Tropenmedizin in der Medizinischen Fakultät der Hamburgischen Universität ernannt.

Bemerkung zu dem Aufsatz: O. Geßner, **Die Stellung des praktischen Arztes zur Rauschgiftfrage,** Z. ärztl. Fortbildg. 1930, S. 160. Nach persönlicher Mitteilung des auf dem Gebiete der Rauschgiftfragen bestens bewanderten Herrn Dr. P. Wolff gehört das Paracodin („Knoll") nicht, wie ich vorsichtshalber angegeben hatte, zu der großen Gruppe der rauschgiftgefährlichen Opiate, sondern ist den in dieser Hinsicht ungefährlichen Opiaten Kodein und Dionin an die Seite zu stellen, eine Tatsache, die ich hierdurch dem praktischen Arzt zur Kenntnis bringe. O. Geßner (Marburg).

Aus aller Welt. 60 Professoren, Ärzte und Studenten der Universität Belgrad, unter Führung des Physiologen Burian, bereisen Deutschland zum Studium der medizinischen Einrichtungen. Sie wurden im Humboldthause von der Deutschen akademischen Auslandsstelle empfangen. — Eine aus über 100 Personen bestehende Kommission von leitenden Medizinalbeamten aller Staaten von Nordamerika unter Führung

von Dr. Wörner besucht gleichfalls Deutschland. — Am 70. Geburtstag des Münchener Gynäkologen Geheimrat Döderlein wurde eine größere Menge radioaktiver Substanzen gestiftet. Es soll damit der Grundstock zu einem „Döderlein-Institut für Strahlenbehandlung und Strahlenforschung" gelegt werden, das auf Grund einer Arbeitsgemeinschaft der Münchener Universitätskliniken die Radiumbehandlung weiter ausbauen soll. — Für die Dresdener Hygieneausstellung hat Amerika Stabsarzt Butler aus dem Marineministerium, Oberstabsarzt Dunham aus dem Kriegsministerium und Dr. Stiles vom Bundesgesundheitsamt als Delegierte bestellt. — In Berlin ist im Alter von 65 Jahren San.-Rat Dr. Gustav Lennhoff gestorben. Ursprünglich als Hals- und Ohrenarzt tätig, hat sich der Verstorbene später dadurch bekannt gemacht, daß er die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums nach dem Kriege reorganisierte und die Redaktion des Organs der Gesellschaft, des „Gesundheitslehrers" übernahm.

Kurz vor Vollendung seines 81. Lebensjahres verstarb in Berlin **Geh. Rat Prof. Dr. Paul Fürbringer**, der frühere Direktor der inneren Abteilung am Krankenhaus Friedrichshain in Berlin. Fürbringer hatte seine Studienzeit in Berlin und Jena verbracht. Sie wurde durch den deutsch-französischen Krieg unterbrochen, den er als Hilfsarzt mitmachte. Nach seiner Approbation wurde er Assistent des Pathologen Müller und 1879 wurde er als Professor der Haut- und Kinderheilkunde nach Jena berufen, nachdem er sich 1876 in Heidelberg habilitiert hatte. 1886 übernahm er die Direktorstelle am Krankenhaus Friedrichshain, die er bis zum Jahre 1903 innehatte. Aber auch nach seinem Rücktritt beschäftigten ihn unablässig medizinische Fragen und er hat den Niederschlag seiner großen Erfahrungen in zahlreichen Arbeiten wiedergegeben. Besonders seine Veröffentlichungen über das Altern und über sexuelle Probleme haben über den Kreis seiner Fachkollegen hinaus weitgehende Beachtung gefunden.

Jugoslawische Ärztliche Studienreise. Gelegentlich ihres Aufenthaltes in Berlin besichtigten diese Ärzte und Ärztinnen (ca. 60 Personen) auch die Einrichtungen des Kaiserin Friedrich-Hauses: die staatlichen Sammlungen und die Dauerausstellung der ärztlich-technischen Industrie.

Dem Entdecker der Röntgenstrahlen, **Prof. Conrad Wilhelm Röntgen,** einem Sohne des bergischen Landes, soll in den nächsten Wochen zur Erinnerung an die Befreiung der Rheinlande in seiner Vaterstadt Lennep ein Denkmal errichtet werden. Auf Veranlassung der Rheinisch-westfälischen Röntgengesellschaft sind die Gelder dafür in erster Linie unter den deutschen Ärzten, Naturwissenschaftlern und dankbaren Patienten gesammelt worden. Es sind bereits namhafte Bildhauer zum Wettbewerb aufgefordert worden. Die Stadt Remscheid-Lennep hat einen der schönsten Plätze zur Verfügung gestellt und Entwürfe zu einer würdigen Ausgestaltung ausgearbeitet. Vor allem die deutschen Ärzte fassen es als eine Pflicht der Dankbarkeit auf, in dieser schweren Zeit Deutschlands eines ihrer großen Gelehrten in würdiger Weise durch Errichtung des Denkmals zu gedenken, durch dessen Erfindung die Kranken der ganzen Welt, vor allem auch die Verwundeten und Kranken im Weltkriege die größten Vorteile erfahren haben.

In Freiburg i. Br. verstarb im Alter von 63 Jahren der Ordinarius der Augenheilkunde, **Geh. Rat Prof. Dr. Theodor Axenfeld.** Das Ableben dieses in der ganzen medizinischen Welt bekannten Gelehrten bedeutet nicht nur einen schweren Verlust für die Freiburger Hochschule sondern für die gesamte Augenheilkunde. Schon 1895 erhielt Axenfeld als 28jähriger den Graefe-Preis. Er wurde 1897 als Ordinarius nach Rostock berufen und erhielt 1901 einen Ruf nach Freiburg. Ganz besondere Bedeutung haben seine Arbeiten über die Trachombehandlung sowie über die bakteriellen Erkrankungen des Auges erlangt. Bekannt ist der von ihm als Erreger einer bestimmten Form der Bindehautentzündung entdeckte Bazillus. Weitere Arbeitsgebiete waren die eitrige metastatische Augenentzündung sowie die Beziehungen der Unfallversicherung zur Ophthalmologie. Aus seiner Schule gingen eine Reihe führender Augenärzte hervor, auch mehrere Lehrstühle der Augenheilkunde in Deutschland sind mit seinen Schülern besetzt. Als Nachfolger Uthoffs war er zum Vorsitzenden der Ophthalmologischen Gesellschaft gewählt worden.

Personalien. Dr. Pfaffrath, Assistent der Akademischen Kinderklinik in Düsseldorf für Kinderheilkunde hat sich habilitiert. — Dr. Paul Kimmelstiel, Sekundärarzt am Pathologischen Institut, für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie in Hamburg und Dr. Hans Demme, Assistenzarzt an der Neurologischen Klinik, für Neurologie haben sich habilitiert. — Ferner beschloß die Fakultät die Umhabilitierung des Privatdozenten an der Universität Halle, Dr. Hans Seel, Leiter des Forschungsinstitutes für klinische Pharmakologie an der Medizinischen Universitätsklinik in Hamburg, für die Fächer Pharmakologie, Toxikologie und Balneologie. — Prof. Bürgers, Direktor des Hygienischen Instituts in Königsberg i. Pr. hat den Ruf nach Marburg als Nachfolger von Prof. Bonhoff abgelehnt. — Den Privatdozenten der Universität in Tübingen Dr. Kurt Fischbeck (Chemie), Dr. Rupprecht Matthaei (Physiologie) und Dr. Alois Memmesheimer (Dermatologie) wurde die Dienstbezeichnung a. o. Professor verliehen. — Prof. Carl Birnbaum wurde zum Direktor der Irrenanstalt Buch bei Berlin ernannt. — Prof. Hans Theo Schreus hat den Ruf auf den Lehrstuhl für Dermatologie in Düsseldorf als Nachfolger von Prof. Stern angenommen. — Ministerialdirektor Dr. Dammann vom Reichsministerium des Innern ist zum Ehrenmitglied des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung ernannt worden. — Prof. August Martin (Berlin) feierte das 60jährige Doktorjubiläum. — Dr. Hermann Hueck, Privatdozent für Chirurgie in Rostock, wurde der Titel außerplanmäßiger a. o. Professor verliehen. — In den beim Polizei-Institut in Berlin-Charlottenburg gebildeten Beirat sind als Mitglieder berufen: der o. Prof. der Psychiatrie in Köln, Dr. Gustav Aschaffenburg und der neue Berliner Ordinarius für gerichtliche und soziale Medizin Prof. Dr. Viktor Müller-Hess. — Dr. Georg Wolff, Direktor der medizinalstatistischen Abteilung am Hauptgesundheitsamt der Stadt Berlin, habilitierte sich in Berlin für Soziale Hygiene. — Dr. Ingeborg Schröder, Assistentin an der Frauenklinik in Jena, ist gestorben. — In Erlangen habilitierten sich Dr. Werner Lüttge für Frauenheilkunde und Dr. Heinrich Westhues für Chirurgie. — Prof. Peter Pitzen (München) hat den neuerrichteten Lehrstuhl für Orthopädie in Gießen übernommen. — Prof. Albert Döderlein, Direktor der Münchener Frauenklinik, ist aus Anlaß seines 70. Geburtstages von der Münchener Gynäkologischen Gesellschaft zum Ehrenvorsitzenden ernannt worden. — Prof. Theodor Deneke, der frühere Direktor des Krankenhauses Hamburg-St. Georg, 70 Jahre alt. — Priv.-Doz. Hermann Naumann, Oberarzt an der chirurgischen Universitätspoliklinik in Leipzig, wurde als Chefarzt an das Stadt- und Kreiskrankenhaus nach Stargard berufen. — Das goldene Doktorjubiläum feiern drei Berliner Ärzte, die zu gleicher Zeit vor etwa 50 Jahren als Assistenzärzte im St. Hedwig-Krankenhaus in Berlin tätig waren; die Geh. San.-Räte Joseph Kauffmann, Dr. Albert Keuller und Dr. Julius Keuller. — Prof. Ernst Roesing, leitender Oberarzt der Strafanstalten in Hamburg, starb im 65. Lebensjahre. — Dr. Hans Laser, Assistent am Kaiser-Wilhelm-Institut für medizinische Forschung in Heidelberg, habilitierte sich für experimentelle Pathologie. — Den Privatdozenten in Hamburg, Dr. Wilhelm Rieder (Chirurgie), Dr. Wilhelm Knipping (innere Medizin), Dr. Wilhelm Blotevogel (Anatomie), Dr. Gustav Haselhorst (Frauenheilkunde) ist die Amtsbezeichnung Professor verliehen worden. — Priv.-Doz. Hans Strauss wurde zum Oberarzt der Psychiatrischen und Nervenklinik in Frankfurt a. M. ernannt. — Prof. Allvar Gullstrand, Mitglied der Nobel-Kommission für Physik in Stockholm, starb, 68 Jahre alt. Gullstrand war Ehrenmitglied der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft.

Erinnerungstage aus der Geschichte der Medizin. 17. August 1830. 100 Jahre. Chirurg Richard von Volkmann geboren in Leipzig. Professor in Halle. Auch Schriftsteller unter dem Pseudo Rich. Leander.

Fortsetzung auf Anzeigenseiten 4, 13 und 15.

Lippert & Co. G.m.b.H., Naumburg (Saale)

Notizen.

Unter Leitung seines Präsidenten, des Ministerialdirektors Dr. Schopohl, fand am 8. Juli d. Js. im Preußischen Wohlfahrtsministerium eine Beratung des Preußischen Landesgesundheitsrats über Arzneispezialitäten statt. Als Arzneispezialitäten werden die heute viel gebrauchten, fabrikmäßig hergestellten, in abgabefertiger Packung und unter Patent- oder Wortschutz in den Verkehr gebrachten Arzneien bezeichnet. Zu der Beratung waren hervorragende medizinische und pharmazeutische Hochschullehrer, bekannte Sachverständige sowie Vertreter der beteiligten Fachverbände hinzugezogen worden. Auf Grund von Referaten, die von Geheimrat Thoms, Professor O. Trendelenburg und Professor Chajes M. d. L. erstattet wurden, hält der Landesgesundheitsrat eine baldige gesetzliche Regelung des Verkehrs mit Arzneispezialitäten im Deutschen Reich für erforderlich. Für die Herstellung von Arzneispezialitäten soll eine Konzession sowie das Vorhandensein fachmännischer Leitung der Fabrikation vorgeschrieben werden. Die Arzneispezialitäten sind, wie in anderen Ländern, in eine amtliche Liste einzutragen. Die zuständigen Behörden haben die Betriebe zu überwachen. Amtliche Prüfungsstellen unter Benutzung vorhandener Institute sind einzurichten. Stellt sich bei der Nachprüfung heraus, daß die bei der Anmeldung oder sonstwie gemachten Angaben über Zusammensetzung nicht stimmen, so soll eine Streichung in der amtlichen Rolle und damit ein Verbot des Inverkehrbringens erfolgen. Es ist zu hoffen, daß der Gesetzgeber den Wünschen des Landesgesundheitsrats demnächst Rechnung trägt, um gewisse Auswüchse auf diesem wichtigen Gebiet des Arzneimittelverkehrs zu beseitigen.

Die Chem. Fabrik Dr. Ernst Sandow in Hamburg kann in diesem Jahre auf ein 50jähriges Bestehen zurückblicken. Die Präparate der Firma: künstliche Mineralwässer, Salze, die Brausesalze und Sandows Kohlensäurebäder haben sich einen dauerhaften Platz unter den Heilmitteln erworben und sind weithin bekannt und verbreitet.

Heilanstalten von Mitgliedern des Verbandes Deutscher ärztl. Heilanstalts-Besitzer und -Leiter

Geschäftsstelle des Verbandes: Hedemünden a. d. Werra. — Näheres durch Prospekte der einzelnen Anstalten.

Kurhaus Ahrweiler,
Ahrweiler (Ahrtal, Rheinland). Dr. von Ehrenwall'sche Kuranstalt. Das ganze Jahr geöffnet. Indication: Alle Formen psychischer und nervöser Störungen, Entziehungskuren; besondere Abteilung für innere Krankheiten (Diabetes etc.). Leitende Aerzte: **Dr. von Ehrenwall,** Geh.-San.-Rat, Besitzer. **Dr. Marx.**

DDr. Fraenkel-Oliven's
Sanatorium „Berolinum"
Berlin-Lankwitz, für Nerven- u. Gemütskranke, für jede Art organischer od. funktioneller Störung des Centralnervensystems, Entziehungs-, Schlaf- und Malariakuren, sowie für freiwillige Pensionäre.
San.-Rat Dr. Fraenkel, Berlin-Lankwitz, Viktoriastr. 60. Fernspr.: G. 3, Lichterfelde 0800

Sanatorium „Waldhaus"
BERLIN-NIKOLASSEE
Kurhaus für Nerven- und Gemütskranke, Entziehungskuren. Verschied. Verpflegungsklassen. Fernspr.: Wannsee G. 4, 5856 und 6287. Leit. Aerzte: **San.-Rat Dr. Nawratzki u. Dr. Arndt.**

Berlin
Kuranstalten Westend
Fernspr.: Westend 506
1. **Kurhaus** mit modernst. Komfort. 2. **Villa Sibylle** für Minderbemittelte der gebildeten Kreise. Sanatorien für Erholungsbedürftige und Neurosen. 3. **Psychiatrische Abteilung.**
Alle Methoden der Psychotherapie. Entziehungs-, Fieber-, Schlafkuren.
Prof. Dr. Henneberg, Dr. Schlomer, Dr. Möllenhoff

Dr. Hertz'sche Kuranstalt
für Nerven- und Gemütskranke
Entziehungskuren
BONN a. Rh. Tel. Sammel-Nr. 3141
San.-Rat **Dr. Wilhelmy, Prof. Dr. König**

Dr. Köhler's Sanatorium Bad Elster
Innere, Nerven-, Stoffwechsel-, Frauen-, Gelenk-Leiden, **Rheuma** Lähmungen
Moorbäder und alle Kurmittel im Hause

Friedrichsbrunn (Ost-Harz) 580 m
Sanatorium Dr. Strokorb
Physik.-diätet. Therapie. Innere, Nerven-, Stoffwechs.-Krankh. / Herrl. Wäld. / Getr. Abtlgn. f. Erwachs. u. Kind. Leit. Arzt: **Dr. Staupendahl.**

Kennenburg bei Eßlingen (Württemberg)
Privatklinik für Nerven- und Gemütskranke. — Entziehungskuren, Psychotherapie. — Prospekt. — Telephon: Eßlingen 6310. Besitzer und leitender Arzt: San.-Rat **Dr. Krauß.**

Dr. BÜDINGEN'S KURANSTALT
KONSTANZ AM BODENSEE TELEFON No 8



Herz
Nerven
innere Leiden
PROSPEKTE VERLANGEN!

Sanatorium Dr. May, Kreuth, Obb.
800 m ü. d. M. ✣ Ganzjährig
Nerven-, Herz- u. Stoffwechselkranke
60 Zimmer / Neuzeitlich eingerichtet
Besitzer und Leiter:
Sanitätsrat Dr. May

Dr. Binswanger's
Kuranstalt Bellevue
Kreuzlingen a. Bodensee (Schweiz) für Nerven- und Gemütskranke (einschließlich Entziehungskuren jeder Art). Leitender Arzt: **Dr. Ludwig Binswanger.** 3 Hausärzte.

Dr. Ziegelroth's Sanatorium
Krummhübel i. Riesengebirge
Physikalisch-diätetische Therapie

Bad Liebenstein i. Thür.
Das **Sanatorium DDr. Eichler-Seige** hat in diesem Frühjahr direkte Zuleitung der Mineralquellen Liebensteins erhalten. Es können daher jetzt in der eigenen Badeanstalt des Sanatoriums die natürlichen kohlensauren Stahl-Sprudelbäder verabreicht werden. Die Erwärmung des Wassers geschieht nach dem modernsten Verfahren (System Imhof, Bad Nauheim). Die 1928 erbohrte Quelle gehört zu den kohlensäurereichsten Deutschlands und ähnelt in ihrer Mineralisation ganz auffallend derjenigen des Kissinger Rakoczy. Natürliche Stahl-Kochsalzsprudelbäder im Hause.

Partenkirchen
Dr. Wiggers Kurheim
Sanatorium f. alle inneren, Stoffwechsel-, Nervenkranke u. Erholungsbedürftige. Sonnigste, aussichtsreichste Höhenlage. **Leitender Arzt: Prof. Dr. Kattwinkel. Mitleitende Aerzte: Dr. H. Kirchner, Dr. Br. Kerber. Aerztin: Dr. Wilhelmine Kerber.**
Familienhotel „Der Kurhof"
Ganzjährig geöffnet. Frühjahr u. Herbst Preisermäßigung. Alles Nähere durch den Besitzer Geh. Hofrat Dr. **Florenz Wigger.**

Bad Mergentheim
DR. A. BOFINGER'S
Diätkuranstalt am Frauenberg
In nächster Nähe der Kuranlagen u. Quellen.



Aeltestes Sanatorium am Platz, umgebaut u. mit all. Bequemlichkeiten ausgestattet; m. herrl., vollständig abgeschloss. Garten. — **Klin. Behandlung v. inneren, besonders Magen-, Darm- u. Stoffwechselkrankheiten. Genaue Diäteinstellung besonders für Zuckerkranke.**

Kuranstalt Neufriedenheim
München XII. **Für Nervenkranke aller Art.** Herrlicher 12 ha großer alter Park. Alle Kurmittel u. psychischen Behandlungsmethoden, Entziehungskuren. Völlig getrennte Abteilung für Psychosen.
Geh. Sanitätsrat **Dr. Rehm, Dr. Baumüller.**

Lungenheilanstalt
Bad Reiboldsgrün (Sachsen)
Aerztl. Leiter: San.-Rat Dr. **Gebser**
2 Oberärzte, 2 Assistenten. Neubau mit modernsten Behandlungs-Einrichtungen

Sülzhayn (Südharz)
Dr. Steins Neues Sanatorium für Leichtlungenkranke
Mod. Anstalt m. allem Komfort (fließ. Wasser). Beste Südlage i. geschütztem Waldtal. 2 Aerzte. Leit. Arzt: **Dr. med. Stein.**

Sülzhayn-Südharz
Sanatorium Stubbe für
Leicht-Lungenkranke
Aerztl. Leit.: San.-Rat **Dr. E. Kremser.**

Urach (Württ.) **San.-Rat Dr. Klüpfels Sanatorium Hochberg**
für Nervenkranke, innere Kranke u. Rekonvaleszenten. Das ganze Jahr geöffnet.
Leit. Arzt: **Dr. Otto Klüpfel.** Telefon 61

WIESBADEN
Sanatorium Determann
für innere u. Nervenkranke, in schönster Lage am Kurpark, Paulinenstr. 4. Tel. 21047. Aerzte: **Prof. Dr. H. Determann, Dr. W. Schmitt.**

Mutosan
D. R. W. Z. 259763

Dr. E. Uhlhorn & Co in Biebrich

Das bekannte Lungenheil-Mittel bei

Tuberkulose
Rippenfellentzündung
Keuchhusten und ähnl.
Symptomatisches und Heilmittel

Die Spezialsalbe gegen **Beinleiden** - Haemorrhoiden -

Dumex-Salbe
(Giftfreier carbolisierter Bleikampfersäureester mit Extr. hamamelid.)
Höchstwirkend / mild / zuverlässig / entzündungswidrig schmerz- und juckreizstillend
Orig.-Schtl. 20 g M. 0.65, 60 g M. 1.50, 150 g M. 3.—, Haemorrh.-Packg. mit Kanüle M 2.—
Reichhaltige Literatur aus ersten Kliniken. Proben auf Wunsch.
Vom Hauptverband deutscher Krankenkassen zugelassen.
Laboratorium Miros, Dr. K. & H. Seyler, Berlin NO 18

Notizen.

Woran litt Friedrich Nietzsche? In einem Werk „Zusammenbruch" hatte G. Vorberg (im Verlage Otto Gmelin, München) neben Lenau, Maupassant und Hugo Wolf auch Nietzsche psycho-pathographisch dargestellt; alle vier litten an progressiver Paralyse; bei Nietzsche wird eine atypische Form mit langen Stillständen angenommen. — Mit dieser sorgfältig begründeten Feststellung hatte eine umfangreiche Diskussion einen allerdings nur vorläufigen Abschluß gefunden. Denn diese Diagnose wurde immer wieder bestritten und war kurz zuvor von San.-Rat A. Müller (M.-Gladbach) in einer Schrift „Bismarck, Nietzsche, Scheffel, Mörike" (Bonn, Marcus u. Weber) bezweifelt worden; er nahm funktionelle, nervöse Störungen und schwerste Neurasthenie an. Allerdings sind seine Beweismittel und Quellen nicht erschöpfend und unbedingt eindeutig, so daß eine neue Prüfung sowohl nach biographischer wie nach klinischer Richtung hier geboten war. Das hat nun mit Erfolg Dr. E. F. Podach in einem sehr gründlichen Werk unternommen. Er bringt unveröffentlichte Dokumente und vor allem die von ihm aufgefundene, bisher verschollene Krankengeschichte aus der Jenaer Nervenklinik; dazu hat er die vorhandene und zum Teil schwer zugängliche Literatur sorgfältig und kritisch mit herangezogen. Und so bedeutet sein Werk „Nietzsches Zusammenbruch" (Heidelberg, Niels Kampmann) einen endgültigen Abschluß der Frage nach der Paralyse Nietzsches; sie ist danach zu bejahen. Damit hat die psycho-pathographische Literatur ein wichtiges Quellenwerk erhalten. B. T.

Interessante Unfallzahlen. Die Bergmannskatastrophe in Neurode lenkt wieder einmal die öffentliche Meinung auf die Gefahren des Arbeitslebens. Derartige Massenunfälle sind aber auch leicht geeignet, eine falsche Einschätzung der Häufigkeit der Berufsunfälle im Vergleich zu der Zahl der Unfälle im Verkehrs- und Alltagsleben zu bewirken. — Im Jahre 1928 sind im Deutschen Reich insgesamt 26403 Todesfälle durch Unfall vorgekommen. Dagegen sind in Betrieben, einschließlich Bergwerke, im gleichen Zeitraum nur 4621 Unfalltodesfälle, also nur ein Sechstel der Gesamtzahl, vorgekommen. An den Arbeitsmaschinen, die man meist für besonders gefährlich ansieht, haben sich im ganzen nur 209 Todesfälle ereignet.

Finnlandreise. Das Programm ist durch die Aufnahme eines Besuchs der berühmten Klosterinsel Walamo im Ladogasee erweitert worden. Ferner ist bei genügender Beteiligung die Abzweigung einer Gruppe für die Stromschnellenfahrt von Vaala bis Muhos im Norden Finnlands (Uleaborg) unter Verzicht auf den Ladogasee in Aussicht genommen. Hierdurch wird es möglich, weniger in Schlafwagen und öfter in Hotels zu übernachten. Der Preis für die Reise ist nunmehr auf 580 RM. (für die Stromschnellenstrecke 23 RM. Zuschlag) festgesetzt worden, einschließlich Dampferfahrten 1. Kl., Bahnfahrten 2. Kl., Schlafwagenplätze, Rundfahrten, Unterkunft und Verpflegung ohne Getränke, Trinkgelder mit Ausnahme der Kabinentrinkgelder, Gepäckbeförderung.

Verantwortlich für den Anzeigenteil: Ala Anzeigen-Aktiengesellschaft in Interessengemeinschaft mit Haasenstein & Vogler A.-G., Daube & Co. G. m. b. H., Berlin W 35, Potsdamer Straße 27 a. — Druck: Buchdruckerei Lippert & Co. G. m. b. H., Naumburg a. S.